

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 14.02.2024 10:18:40
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 16
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.49 «Терапия»
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.49 Терапия

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

Оглавление

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации.....	3
2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры.....	3
3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации.....	3
Универсальные компетенции и индикаторы их достижения.....	4
Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения ..	5
Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения	7
4. Форма и структура государственной итоговой аттестации	8
4.1. Форма государственной итоговой аттестации	8
4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации.....	8
4.3. Структура государственной итоговой аттестации.....	9
5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации.....	10
6. Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации	11
6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования.....	11
6.2. Критерии оценки практических навыков и умений.....	11
6.3. Критерии оценки итогового собеседования	12
7. Примерные оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации	13
7.1. Примерные тестовые задания.....	13
7.2. Примерный перечень практических навыков.....	14
7.3. Пример билета	14
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации	15
9. Справочные материалы по нормативно-правовому и методическому обеспечению программы ординатуры.....	17

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.49 «Терапия».

Задачи:

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации врача -терапевта;

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация относится к базовой части программы Блока 3 - государственная итоговая аттестация.

Государственная итоговая аттестация завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия завершается присвоением квалификации "Врач терапевт".

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высоко квалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);

- население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

-медицинская;

-научно-исследовательская;

-организационно-управленческая;

-педагогическая

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК), общих профессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций.

В результате освоения настоящей образовательной программы у выпускника должны быть сформированы следующие компетенции:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Наименование индикаторов достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	-Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте. - Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	- Участвует в разработке и управлении проектом. -Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач.

Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	-Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации. - Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели. - Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей.
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	- Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками. - Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции. - Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	-Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста -Намечает цели собственного профессионального и личностного развития - Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	-Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач. -Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной

		безопасности.
Организационно - управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан; -Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	-Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия; -Осуществляет учебную деятельность обучающихся.
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	- Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями; -Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования.
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	- Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях; - Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения.
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	-Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов; -Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или

		абилитации инвалидов.
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	-Направляет пациентов на медицинскую экспертизу; -Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу.
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	-Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения; -Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением.
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	-Проводит анализ медико-статистической информации; -Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	-Оценивает состояния пациентов; -Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Медицинская деятельность	Способен к оказанию медицинской помощи пациентам старше 18 лет при заболеваниях внутренних органов	ПК-1. Проводит обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов с целью постановки диагноза ПК-2. Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов, контролирует его эффективность и безопасность ПК-3. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов, в том числе при реализации индивидуальных программ

		<p>реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-4. Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов</p> <p>ПК-5. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-6. Оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах</p>
Организационно-управленческая деятельность	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>ПК-7. Проводит анализ медико-статистической информации, оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача, осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-8. Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>ПК-9 Организует медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе при медицинской эвакуации</p>
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	<p>ПК-10. Планирует и осуществляет научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-11 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний</p>

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.49 Терапия проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.3. Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – демонстрация практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех дисциплин учебного плана по специальности 31.08.49 Терапия. Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Оценка практических навыков и умений проводится с целью демонстрации обучающимся качества полученных им знаний и объема освоенных практических навыков и умений. Выпускник получает ситуационную задачу в виде краткой выписки из истории болезни с результатами исследований. В задачах изложена клиническая ситуация. Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки, формулировки диагноза, его обоснования и дифференциального диагноза. Предлагается также оценить данные дополнительных исследований, обосновать их необходимость, обсудить тактику лечения больного, оценить трудоспособность, прогноз в отношении течения заболевания, осложнений, исхода. В ходе выполнения ситуационной задачи выпускнику в обязательном порядке предлагаются выполнить некоторые манипуляции (например, оценить ЭКГ, рентгенограмму, продемонстрировать пользование глюкометром,

пикфлоуметром и т.д.), в том числе на симулированных пациентах, муляжах, медицинских приборах.

Далее ординатор, успешно прошедший два предыдущих этапа допускается к собеседованию по теоретическому вопросу в билете.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценка сформированности компетенций в процессе сдачи этапов государственного экзамена Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап – тестирование	УК-1, ПК-1,2,3,4,5,6,7
2 этап – практические навыки	ПК-1, ПК-2, ПК-6
3 этап – устное собеседование	УК-1, ОПК-2,4,5,6,7,8,10, ПК-1,2,3,4,5,6,7

5. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры федерального

государственного бюджетного научного учреждения «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты 1 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено» и оцениваются следующим образом:

- Тестирование, написанное на 70 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на менее 70 % правильных ответов - оценкой «не зачтено».
- результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

В случае успешного прохождения 1 этапа государственного экзамена, ординатор допускается к прохождению следующего этапа ГИА.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией не более 1 раза.

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

-«**зачтено**» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует правильное выполнение практических умений.

-«**не зачтено**» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

6.3. Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

-«**отлично**» - выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

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

-«**удовлетворительно**» - выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

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

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен. Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

7. ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Примерные тестовые задания

1. В соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная медико-санитарная помощь оказывается специалистами:

- а) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), хирургом поликлиники, акушером –гинекологом поликлиники.

б) фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием; врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами). +

в) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами).

г) любым врачом-специалистом

2. Ингаляционная проба с бронхолитиками считается положительной, если:

а) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается на 50% и более

в) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается не менее, чем на 30%

б) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается на 12 % +

г) форсированная жизненная емкость легких увеличивается не менее, чем на 50%

3. Хламидии не чувствительны к препарату:

а) амоксициллин +

б) кларитромицин

в) джозамицин

г) фторхинолоны

7.2. Примерный перечень практических навыков

1. Физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. Оформление льготных рецептов.

3. Определение границ сердца и точек аускультативного выслушивания

4. Проведение ЭКГ исследования и расшифровка результатов

7.3. Пример билета

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «31.08.49 «Терапия»*

1. Тестовый контроль – 60 вопросов. (см. в приложении оценочных средств)

2. Ситуационная задача:

Больной Б., 55 лет, машинист экскаватора на угольном разрезе.

Жалобы на внезапно возникшую резкую слабость, головокружение, шум в ушах. Накануне вечером были кратковременные боли в эпигастрии, дважды неоформленный черный стул.

Из анамнеза заболевания: в течение месяца беспокоят боли в пояснице, по поводу чего лечится у невролога с диагнозом: поясничный остеохондроз. Ежедневно принимает ибупрофен по 1-2 таблетке в день из-за болей. Самочувствие ухудшилось накануне вечером, когда появилась резкая слабость, темный стул.

Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит в течение 25 лет по 1 пачке сигарет в день.

Наследственность: у отца – гипертоническая болезнь.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Гиперстеник, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, холодный пот. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое над всеми отделами, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, 124 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 124 уд в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации живот,

безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательны. Печень не пальпируется. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования: ОАК: Нв 82 г/л, эр. $2,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит 24, лейкоц. $6,5 \times 10^9 /л$: э 1%, п/я 1%, с/я 60%, л 30%, м 8%, СОЭ 20 мм/час. Биохимический анализ крови: глюкоза 4,5 ммоль/л, билирубин общий 10,8 мкмоль/л, прямой 3,2 мкмоль/л, АСТ 19,5 Ед/л, АЛТ 21,6 Ед/л, фибриноген 2,9 г/л, общий белок 68 г/л, альбумины 52%, глобулины 48%: α_1 4%, α_2 12%, β 15%, γ 17%.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается; желудок обычной формы и размеров, из-за большого количества темной крови в желудке осмотреть слизистую оболочку и установить источник кровотечения не удалось, кровь поступает в желудок из двенадцатиперстной кишки.

Задания:

1. Выделите синдромы.
2. Проведите пальпацию живота на симулированном пациенте.
3. Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план дифференциальной диагностики.
4. Оцените результаты обследования.
5. Определите тактику дальнейшего ведения больного.
6. Составьте план лечения больного.
7. Проведите экспертизу трудоспособности.

Эталон ответов к задаче:

1. Желудочного кровотечения, анемический, болевой абдоминальный.
2. Острая язва двенадцатиперстной кишки, медикаментозная (ибупрофен), осложненная кровотечением. Острая постгеморрагическая анемия.

Наиболее вероятная причина кровотечения – прием НПВП.

3. В ОАК – признаки постгеморрагической анемии, по ФГДС – признаки продолжающегося кровотечения из двенадцатиперстной кишки.
4. Показана экстренная госпитализация в хирургический стационар
5. Необходимо решение вопроса об оперативном лечении.
6. Временно нетрудоспособен, трудовой прогноз зависит от исхода лечения язвы

3. Теоретический вопрос для собеседования.

Хроническая сердечная недостаточность. Классификация. Диагностика, лечение. Профилактика.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания
1	2	3	4
1	Алгоритмы выполнения практических навыков врача: учебное пособие.	И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П. Матвеева [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021
2	Внутренние болезни: учебник	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015
3	Внутренние болезни. учебник В 2 т. /Т. 1. :	Моисеев В. С. , Мартынов А. И. , Мухин Н	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015
4	Внутренние болезни: учебник: в 2 т. /Т.2.	Моисеев В. С. , Мартынов А. И. , Мухин Н	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019

5	Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации	В.А. Ахмедов	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016
6	Клинические нормы. Терапия.	В. Н. Ларина. -	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
7	Скорая медицинская помощь: национальное руководство.	под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания
1	2	3	4
1	Эндокринология: национальное руководство	под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2	Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т.-	под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
3	Основы вакцинопрофилактики у детей: руководство для врачей - - 120 с.	Д. Ю. Овсянников, О. В. Шамшева, Л. Г. Кузьменко, Т. Ю. Илларионова.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021-
4	Практическая пульмонология: руководство для врачей.	под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитонова.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
5	Симптомы и синдромы в гериатрии.	Л. П. Хорошнина	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
6	Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание.	под ред. Н. Д. Юшука, Ю. Я. Венгерова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
7	ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство	под ред. В. В. Покровского..	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8	Права врачей	А. А. Понкина, И. В. Понкин	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
9	Поражения кожи при болезнях внутренних органов: руководство для врачей	Д. В. Заславский, А. А. Сыдииков, В. А. Охлопков, Р. А. Насыров ; под ред. Д. В. Заславского	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
10	Кардиология. Национальное руководство	Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
11	Врачебные ошибки: причины, анализ и предупреждение	М. М. Махамбетчин	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
12	Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела : учебник	под ред. С. И. Двойникова. -	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021
13	Редкие и интересные клинические случаи в практике интерниста. -.	под ред. Р. Г. Сайфутдинова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети

«Интернет».

1. Консультант Врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) /ООО ГК «ГЭОТАР». – URL: <http://www.rosmedlib.ru>. – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.

2. Электронно-библиотечная система НГМУ (ЭБС НГМУ) [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система (ЭБС) / НГМУ – URL: <http://library.ngmu.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера после авторизации.

3. ЛАНЬ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «Издательство ЛАНЬ». – URL: <https://e.lanbook.com> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.

4. ЮРАЙТ [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ». – URL: <http://www.biblio-online.ru/> – Доступ к полным текстам с любого компьютера, после регистрации из сети.

5. ГАРАНТ [Электронный ресурс] : справочно-правовая система : база данных / ООО НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС». – Доступ в локальной сети.

6. Springer Journals [Электронный ресурс] : база данных / SpringerNatur: – URL : <https://link.springer.com/> - Доступ открыт со всех компьютеров библиотеки и сети института.

7. Федеральная электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : электронно-библиотечная система (ЭБС) / ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. – Режим доступа : <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>, – Свободный доступ.

8. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс] : электронная библиотека / Науч. электрон. б-ка. – URL: <http://www.elibrary.ru/>. – Яз. рус.,англ. – Доступ к подписке журналов открыт со всех компьютеров библиотеки и сети института; к журналам открытого доступа –свободный доступ после регистрации на сайте elibrary.ru.

9. Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы. [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа :<https://www.rosminzdrav.ru/documents> – Свободный доступ.

10. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.rsl.ru> – Свободный доступ.

11. Consilium Medicum [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/> – Свободный доступ.

12. PubMed : US National Library of Medicine National Institutes of Health [Электронный ресурс] – URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Свободный доступ.

13 MedLinks.ru [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа : <http://www.medlinks.ru/> – Свободный доступ.

14. Архив научных журналов НЭИКОН [Электронный ресурс]: сайт. <http://archive.neicon.ru/xmlui/> – Доступ открыт со всех компьютеров библиотеки и сети.

15. ScienceDirect. Ресурсы открытого доступа [Электронный ресурс] : сайт. – Режим доступа :<http://www.sciencedirect.com/science/jrnllallbooks/open-access> – Свободный доступ.

16. КиберЛенинка: научная электронная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/> – Свободный доступ

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Материально-технического обеспечение включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

Аудитории, для проведения занятий лекционного и семинарского типов, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения,

позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

10. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Основные федеральные нормативные акты (смотреть в действующих редакциях):

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
6. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
7. «Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации».

Нормативные акты Министерства образования и науки Российской Федерации:

1. Приказ Минобрнауки России № 885, Минпросвещения России № 390 от 05.08.2020 «О практической подготовке обучающихся» (вместе с «Положением о практической подготовке обучающихся») (Зарегистрировано в Минюсте России 11.09.2020 № 59778).
2. Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1097 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика

(семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"
(Зарегистрировано в Минюсте России 29.10.2014 N 34506

3. Приказ Минобрнауки России от 24.02.2021 № 138 «Об утверждении Порядка разработки примерных основных образовательных программ высшего образования, проведения их экспертизы и ведения реестра примерных основных образовательных программ высшего образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.03.2021 № 62887).
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 10 января 2014 г. № 4 «Об установлении соответствия специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061, специальностям специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, указанным в номенклатуре, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н, направлениям подготовки (специальностям) послевузовского профессионального образования для обучающихся в форме ассистентуры-стажировки, перечень которых утверждён приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № 127» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.02.2014 г. № 31403).
5. Приказ Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.09.2017 № 48226).
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по

образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 г. № 31136).

Нормативные акты Министерства здравоохранения Российской Федерации:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015 г. № 39438).
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 г. № 39696).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.11.2013 г. № 30304).
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.09.2013 г. № 29950).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 11 января 2011 г. № 1н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.09.2011 г. № 20237).

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 г. № 18247).

Поиск вышеуказанных нормативных правовых актов обучающиеся могут самостоятельно осуществлять на:

- Портале «Нормативные правовые акты в Российской Федерации» по адресу <http://pravo-minjust.ru>.

- Официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в разделе – Банк документов по адресу <https://minzdrav.gov.ru/documents>.

- в справочной правовой системе КонсультантПлюс по адресу <http://www.consultant.ru>.

- в информационно-правовом портале Гарант по адресу <https://www.garant.ru>.

Другие нормативные акты, регулирующие образовательную деятельность в сфере здравоохранения.

Приложение 1. Фонд оценочных средств для проведения итоговой государственной аттестации

I. Тестовые задания

1. В соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к видам первичной медико-санитарной помощи относятся:

- а) первичная помощь; первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь
- б) первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь+
- в) первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь
- г) первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная врачебная медико-санитарная помощь

2. В соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная медико-санитарная помощь оказывается в условиях:

- а) амбулаторных
- б) амбулаторных; дневного стационара и при вызове бригадой скорой медицинской помощи
- в) амбулаторных и дневного стационара+
- г) амбулаторных, на дому и дневном стационаре.

3. В соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается специалистами:

- а) врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами)
- б) фельдшерами; врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами)
- в) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) +

4. В соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается:

- а) врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь+
- б) любым врачом поликлиники
- в) врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи
- г) врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. В соответствии со статьей 32 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» неотложная медицинская помощь, оказывается:

- а) при обострении хронических заболеваний и острых состояниях

б) при экстренных состояниях, угрожающих жизни больного, и при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

в) при экстренных состояниях, угрожающих жизни больного

г) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента +

6. В соответствии со статьей 35 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в следующих случаях:

а) при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих только экстренного медицинского вмешательства

б) при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих экстренного, неотложного и планового медицинского вмешательства

в) оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях+

г) оказывается только вне медицинских организаций.

7. В соответствии с приказом Минздрава России от 20.04.2018 N 182 "Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения" к первому уровню оказания медицинской помощи относятся медицинские организации:

а) имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по расширенному перечню профилей медицинской помощи

б) имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие только первичную медико-санитарную помощь

в) оказывающие населению муниципального образования, на территории которого расположены, первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь+

г) имеющие в своей структуре отделения (центры), оказывающие специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

8. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» рекомендуемая численность прикрепленного взрослого населения на терапевтическом участке (за исключением сельских участков) в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

а) 1200 чел.

б) 1500 чел.

в) 1700 чел.+

г) зависит от обеспеченности врачебными кадрами

9. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 №543 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается:

а) мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием комплексов передвижных медицинских не реже 1 раз в год

б) мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием комплексов передвижных медицинских не реже 2 раз в год+

в) мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием комплексов передвижных медицинских не реже 3 раз в год

г) мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием комплексов передвижных медицинских по мере необходимости

10. В соответствии с Приказом Минздрава России от 27 февраля 2016 г. № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» поликлиника создается на территории при численности населения:

- а) 5-20 тысяч человек
- б) 10-30 тысяч человек
- в) 20-50 тысяч человек+
- г) 30-60 тысяч человек.

11. Предельные сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме с момента обращения пациента в медицинскую организацию в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не более*:

- а) 30 минут
- б) 60 минут
- в) 120 минут+
- г) 24 часа.

*в территориальных программах предельные сроки ожидания могут быть скорректированы с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов).

12. Время доезда до пациента бригад скорой помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не более*:

- а) 20 минут+
- б) 30 минут
- в) 45 минут
- г) 60 минут.

*в территориальных программах время доезда может быть скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов).

13. Сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми с момента обращения пациента в медицинскую организацию в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не должны превышать:

- а) 120 минут
- б) 12 часов
- в) 24 часов+
- г) 2 суток.

14. В соответствии с Приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача отоларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера гинеколога» рекомендуемый средний норматив времени посещения врача общей практики составляет:

- а) 12 минут
- б) 15 минут
- в) 18 минут+
- г) 22 минуты

15. Результаты, которые решаются при внедрении и реализации проекта «Бережливая поликлиника»

- а) повышение удовлетворенности пациентов качеством и сроками получения услуг медицинской организации; +
- б) уменьшение дефицита врачей
- в) повышение уровня заработной платы
- г) улучшение финансирования медицинских организаций

16. В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 26 августа 1992 года №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» врач общей практики (семейный врач) вправе:

- а) в рамках своих компетенций консультировать и курировать всех членов семьи в любой области медицины (отоларингология, ортопедии, хирургии, офтальмологии, гастроэнтерологии, неврологии и других); вести пациента от рождения и до конца жизни.+
- б) самостоятельно оказывать специализированную медицинскую помощь с использованием новых технологий в условиях стационара и амбулаторно
- в) принимать решения о проведении высокотехнологичной медицинской помощи
- г) полностью в амбулаторных условиях может заменить узких специалистов

17. Под потребностью населения в амбулаторно-поликлинической помощи понимается

- а) число посещений на одну врачебную должность в год
- б) число посещений на одного жителя в год+
- в) число обращений на одного жителя в год
- г) число врачебных должностей на определенную численность населения

18. Укажите основной учетный документ поликлиники

- а) контрольная карта диспансерного наблюдения
- б) амбулаторная карта
- в) история болезни
- г) листок нетрудоспособности
- д) талон амбулаторного пациента+

19. Пациентами врача общей практики (семейного врача) являются

- а) только взрослые
- б) взрослые, кроме беременных
- в) все возрастно-половые группы населения+
- г) только взрослые и подростки

20. В каких случаях встречается патологическое бронхиальное дыхание:

- а) при синдроме нарушения бронхиальной проходимости
- б) при синдроме уплотнения легочной ткани +
- в) при синдроме повышения воздушности легочной ткани
- г) при синдроме скопления жидкости в плевральной полости
- д) при синдроме скопления газа в полости плевры

21. Укажите, какой из нижеперечисленных признаков соответствует поражению крупных и средних бронхов при хроническом бронхите.

- а) свистящие хрипы на выдохе
- б) свистящие хрипы на вдохе
- в) сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе +
- г) звонкие мелкопузырчатые хрипы
- д) незвонкие мелкопузырчатые хрипы над проекцией базальных отделов

22. Причиной кровохаркания могут быть все нижеперечисленные состояния, кроме:

- а) первичная или метастатическая опухоль

- б) синдром Гудпасчера
- в) инфаркт легкого
- г) саркоидоз +
- д) туберкулез

23. Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствуют о деструкции ткани легкого:

- а) кристаллы Шарко-Лейдена
- б) лейкоциты
- в) спирали Куршмана
- г) эластические волокна +
- д) эритроциты

24. Какая из нижеперечисленных диагностических процедур является «золотым» стандартом для выявления тромбоэмболии легочной артерии:

- а) компьютерная томография высокого разрешения с контрастированием
- б) исследование вентиляции (изотопное исследование)
- в) перфузионная сцинтиграфия
- г) ангиография +
- д) рентгенография органов грудной клетки

25. Ингаляционная проба с бронхолитиками считается положительной, если после ее проведения:

- а) пиковая скорость выдоха увеличивается на 50% и более
- а) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается не менее, чем на 10%
- б) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается не менее, чем на 12%
- в) объем форсированного выдоха за 1 секунду увеличивается не менее, чем на 25%
- г) форсированная жизненная емкость легких увеличивается не менее, чем на 25%

26. Каковы наиболее значимые факторы риска развития ХОБЛ из перечисленных ниже:

- а) социально-экономические факторы
- б) респираторные инфекции, возраст, пол
- в) гиперреактивность бронхов
- г) курение, повышенный уровень пыли и газов в воздухе (окружающая среда и проф. вредности) +

27. В лечении 74-летнего больного ХОБЛ, предъявляющим жалобы на затруднение при мочеиспускании (при обследовании выявлена аденома предстательной железы), могут быть использованы все препараты, кроме:

- а) атровент +
- б) сальбутамол
- в) фенотерол
- г) теопек
- д) онбрез

28. Обозначьте противогриппозный препарат, наиболее активный в отношении серотипа вируса гриппа А:

- а) осельтамивир +
- б) циклоферон
- в) ремантадин
- г) оциллококцидум

29. 62-летний больной, страдающий бронхиальной астмой, за последнее время стал отмечать появление стенокардитических болей за грудиной и ощущение перебоев в работе

сердца). Обсуждается вопрос медикаментозной терапии возникшего состояния. Какой из препаратов противопоказан в данной ситуации?

- а) нормодипин
- б) бисопролол +
- в) тромбоасс
- г) предуктал
- д) клопидогрел

30. Хламидии не чувствительны к препарату:

- а) амоксициллин +
- б) кларитромицин
- в) джозамицин
- г) фторхинолоны

31. В отличие от сердечной астмы при бронхиальной астме встречаются все нижеперечисленные признаки, кроме:

- а) сухие хрипы
- б) акцент II тона над легочной артерией
- в) признаки левожелудочковой недостаточности +
- г) признаки правожелудочковой недостаточности
- д) эозинофилы в мокроте

32. К факторам риска развития тромбоэмболии легочной артерии относятся все, кроме:

- а) тромбоз ушка левого предсердия +
- б) тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- в) тромбоз вен малого таза
- г) хирургические вмешательства
- д) злокачественные опухоли

33. Наиболее частым возбудителем госпитальной пневмонии у пожилых больных является:

- а) клебсиелла +
- б) хламидия
- в) микоплазма
- г) пневмококк

34. Мужчина 72 лет, поступивший в стационар с подозрением на абсцесс печени паразитарной природы, внезапно почувствовал резкую боль в правом подреберье, сопровождающуюся нарастающей одышкой. При обследовании обнаружен плевральный выпот справа. Какое из нижеперечисленных паразитарных заболеваний могло стать причиной развития плеврального выпота?

- а) эхинококкоз +
- б) парагонимоз
- в) амебиаз
- г) филяриатозы
- д) стронгилоидоз

35. 65-летнему больному с обострением ХОБЛ и сопутствующей ИБС врач назначил азитромицин в суточной дозе 500 мг, теопэк по 0,3 г утром и вечером, бромгексин. На фоне лечения у больного появилась тахикардия, наджелудочковые экстрасистолы. Появление указанной симптоматики наиболее вероятно связано с:

- а) обострением ИБС
- б) высокой суточной дозой теопэка
- в) сочетанием теопэка с азитромицином +
- г) сочетанием теопэка с бромгексином

36. Больной с диагнозом острый коронарный синдром должен быть госпитализирован:

- а) в отделение кардиореанимации
- б) в отделение общей реанимации
- в) в отделение интервенционной кардиологии+
- г) может проходить лечение в дневном стационаре

37. Артериальная гипертензия 3-й степени характеризуется:

- а) уровнями САД 130-139 и/или ДАД 85-89 мм рт. ст.
- б) уровнями САД более 140 и/или ДАД менее 90 мм рт. ст.
- в) уровнями САД 140-159 и/или ДАД 90-99 мм рт. ст.
- г) уровнями САД ≥ 180 и/или ДАД ≥ 110 мм рт. ст.+

38. К основным классам антигипертензивных препаратов относят, за исключением:

- а) диуретики
- б) статины+
- в) агонисты имидазолиновых рецепторов
- г) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)

39. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно для:

- а) недостаточности митрального клапана.
- б) недостаточности аортального клапана
- в) митрального стеноза +
- г) стеноза устья аорты

40. Для уменьшения риска развития толерантности к нитратам следует:

- а) обеспечить равномерную концентрацию лекарств в крови в течение суток
- б) делать перерывы между приемами препаратов+
- в) использовать малые дозы препарата
- г) использовать максимальные дозы препарата

41. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0,20 с. Это характерно для:

- а) полной атриовентрикулярной блокады
- б) неполной атриовентрикулярной блокады I степени+
- в) блокады ножек пучка Гиса
- г) синоаурикулярной блокады
- д) миграции водителя ритма по предсердиям

42. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается после преждевременного, но неизменного комплекса QRS. Это:

- а) атриовентрикулярная экстрасистола+
- б) предсердная экстрасистола
- в) желудочковая экстрасистола
- г) выскальзывающее сокращение
- д) ритм коронарного синуса

43. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRS) неправильный, зубец P отсутствует. Это указывает на:

- а) фибрилляцию предсердий+
- б) желудочковую экстрасистолию
- в) предсердную экстрасистолию
- г) желудочковую тахикардию
- д) предсердную тахикардию

44. Для инфекционного эндокардита при инвазивном пути заражения наиболее часто характерно поражение:

- а) аортального клапана
- б) митрального клапана
- в) митрального и аортального клапанов
- г) трикуспидального и легочного клапанов+
- д) только клапана легочной артерии

45. Повышение артериального давления при феохромоцитоме и парананглиомах имеет характер:

- а) изолированного диастолического
- б) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
- в) кризового+
- г) изолированного систолического.

46. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

- а) увеличение АД на нижних конечностях
- б) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях
- в) брадикардия высоких градаций
- г) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты+
- д) увеличение ОЦК.

47. Абсолютным диагностическим критерием артериальной гипертензии при феохромоцитоме является:

- а) наличие признаков опухоли надпочечника и гиперпродукции катехоламинов+
- б) увеличение концентрации в плазме крови альдостерона
- в) высокий уровень в моче 5-оксииндолуксусной кислоты
- г) низкий уровень катехоламинов в крови, оттекающей по почечным венам, и их концентрации в моче

48. Эндокринная гипертензия у женщин может быть следствием приема:

- а) эстрогена+
- б) бромкриптина
- в) нон-овлона
- г) прогестерона.

49. Положительным эффектом антагонистов кальциевых каналов, кроме гипотензивного, является:

- а) коронаролитический+
- б) снижение уровня мочевой кислоты в крови
- в) диуретический.
- г) задержка натрия

50. Какие цифры артериального давления у взрослых принимаются за границу нормы?

- а) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 90 мм рт. ст.+
- б) систолическое давление - ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст.
- в) систолическое давление - ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.
- г) систолическое давление равно или ниже 120 мм рт. ст., а диастолическое - равно или ниже 80 мм рт. ст.

51. Перечислите признаки ЭКГ, наиболее характерные для больных гипертонической болезнью:

- а) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
- б) гипертрофия левого желудочка+
- в) блокада правой ножки пучка Гиса
- г) уширенный двугорбый зубец Р в отведениях I, II.

52. Какие изменения глазного дна характерны для больных артериальной гипертензией?

- а) сужение вен
- б) извитость сосудов+
- в) расширение артерий сетчатки
- г) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии
- д) отек

53. Потребление каких из перечисленных продуктов приводит к повышению содержания триглицеридов в крови?

- а) мяса
- б) кондитерских изделий+
- в) икры лосося
- г) куриных яиц.

54. Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии?

- а) патологический зубец Q
- б) депрессии сегмента ST+
- в) появление отрицательного зубца Т
- г) преходящая блокада ножек пучка Гиса.

55. Какое заболевание желудочно-кишечного тракта из перечисленных наиболее часто дает клинику стенокардии?

- а) заболевания пищевода
- б) диафрагмальная грыжа+
- в) язвенная болезнь желудка
- г) хронический колит

56. Каков механизм действия нитратов при стенокардии?

- а) увеличение диастолического объема желудочков сердца
- б) улучшение кровообращения в субэндокардиальных слоях миокарда+
- в) увеличение внешней работы сердца.
- г) увеличение притока крови

57. Каков механизм действия β -адреноблокаторов?

- а) уменьшение венозного возврата
- б) увеличение сердечного выброса
- в) увеличение диуреза
- г) снижение воздействия эндогенных катехоламинов+

58. Выберите базисный препарат для лечения ИБС:

- а) нитраты
- б) бета блокаторы+
- в) периферические вазодилататоры
- г) антикоагулянты

59. Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии?

- а) гипокоагуляция
- б) повышение агрегации тромбоцитов+

- в) снижение агрегации тромбоцитов.
- г) тромбоз вен

60. Назовите критерии положительной пробы с дозированной физической нагрузкой:

- а) одышка
- б) усталость
- в) сердцебиения
- г) подъем сегмента ST на 2 мм+

61. Появление признаков инфаркта миокарда правого желудочка возможно в отведениях:

- а) V3R-V4R+
- б) V1-V6, I-II
- в) aVL, V5-V6
- г) V7-V9, D, A

62. Наиболее предпочтительным нагрузочным тестом для диагностики ИБС является проба

- а) дипиридомоловая
- б) добутаминовая
- в) с физической нагрузкой (ВЭМ, тредмил)
- г) холодовая

63. Признаками нестабильной стенокардии являются:

- а) изменение длительности и интенсивности болевых приступов+
- б) нарушение ритма и проводимости
- в) снижение АД без гипотензивной терапии
- г) появление патологического зубца Q на ЭКГ.

64. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- а) поражение мелких сосудов коронарных артерий
- б) спазм крупной коронарной артерии+
- в) спазм мелких сосудов коронарной артерии
- г) тромбоз коронарной артерии.

65. Проба с атропином применяется у больных со следующими целями:

- а) для диагностики имеющихся нарушений атриовентрикулярной проводимости
- б) для оценки класса коронарной недостаточности
- в) для выявления скрытой коронарной недостаточности
- г) для диагностики синдрома слабости синусового узла+

66. Назовите основную причину миокардитов:

- а) инфекция+
- б) паразитарные инвазии
- в) неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия)
- г) коллагенозы

67. В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит?

- а) в первые дни, на высоте лихорадочного периода
- б) в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания) +
- в) в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя и позже)
- г) в любом периоде

68. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:

- а) боли в области сердца, сердцебиения, одышку+
- б) боли в области сердца, сердцебиения, обмороки
- в) боли в области сердца, одышку, асцит
- г) боли в области сердца, головокружения, одышку
- д) боли в области сердца, температуру, сухой кашель.

69. Какие из перечисленных ЭКГ-признаков наиболее характерны для миокардита?

- а) низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0, 22 с, QRS=0, 12 с
- б) смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T+
- в) конкордантный подъем сегмента ST
- г) дискордантный подъем сегмента ST.

70. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

- а) кардиомегалия+
- б) отсутствие дуг по контурам сердечной тени
- в) отсутствие застоя в легких
- г) преобладание поперечника сердца над длинником
- д) укорочение тени сосудистого пучка.

71. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:

- а) травма
- б) коллагеноз
- в) операция на сердце
- г) туберкулез+
- д) уремия.

72. Укажите заболевания, с которыми чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

- а) острый панкреатит
- б) пептическая язва пищевода
- в) инфаркт миокарда+
- г) миокардит.

73. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет:

- а) возраст и пол больного
- б) высокий уровень липидов в плазме
- в) эхокардиография
- г) коронарография+

74. Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является:

- а) стенокардия напряжения
- б) развитие сердечной недостаточности
- в) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- г) желудочковая аритмия+

75. Назовите наиболее частую причину хронической сердечной недостаточности в настоящее время:

- а) ревматические пороки сердца
- б) ИБС+
- в) артериальная гипертензия
- г) кардиомиопатия

д) миокардиты и кардиомиодистрофии.

76. Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. ЧСС=106 ударов в мин. АД=120/40 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней. О каком заболевании можно думать?

- а) миокардит
- б) пневмония
- в) инфекционный эндокардит+
- г) цирроз печени

77. Больной 27 лет поступил в ЛОР-отделение с диагнозом «ангина». Через 3 нед. отмечаются слабость, снижение АД до 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца, затем появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 нед. появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать?

- а) инфекционно-аллергический миокардит
- б) дифтерия, инфекционно-токсический миокардит+
- в) ревматический миокардит
- г) дилатационная кардиомиопатия

78. Больной 47 лет поступил с жалобами на одышку при нагрузке, отеки нижних конечностей, сердцебиения. Злоупотребление алкоголем отрицает. Болеет около года. При обследовании выявлено: гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гематомегалия, трехчленный ритм на верхушке сердца. При биохимическом исследовании - повышение аминотрансфераз, холестерин крови - 4,5 ммоль/л, клапанного поражения при ЭхоКГ не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) ИБС
- б) митральный стеноз
- в) дилатационная кардиомиопатия
- г) алкогольное поражение сердца+

79. У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

- а) ввести строфантин
- б) произвести кардиоверсию+
- в) ввести обзидан
- г) ввести кордарон.

80. У больного с ИБС - постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:

- а) назначить новокаиномид
- б) провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма+
- в) назначить дигоксин
- г) провести временную кардиостимуляцию.

81. У больного 39 лет, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличались размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

- а) гидроторакс

- б) гемоперикард+
- в) повторный инфаркт миокарда
- г) инфекционный экссудативный перикардит.

82. Больной 45 лет поступил в клинику с симптоматикой острого переднеперегородочного инфаркта миокарда. Через 10 часов почувствовал замирание в работе сердца, усилилась слабость, появилось головокружение. На ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС=78 уд/мин, периодически появляются по 2-3 широких желудочковых комплекса длительностью более 0,18 с, неправильной полиморфной формы, с последующей полной компенсаторной паузой. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- а) полная атриовентрикулярная блокада
- б) узловая экстрасистолия
- в) суправентрикулярная тахикардия
- г) желудочковая экстрасистолия+

83. Больной 68 лет госпитализирован с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». Во время осмотра потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца - глухие, ритмичные. ЧСС=180 в мин. АД=80/40 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения. На ЭКГ - широкие желудочковые комплексы по 0,18 с, неправильной формы. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- а) фибрилляция желудочков
- б) желудочковая экстрасистолия
- в) узловая тахикардия
- г) желудочковая тахикардия+

84. Больная 55 лет поступила в клинику по скорой помощи с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс - 96 ударов в мин. АД=110/70 мм рт.ст. Во время осмотра внезапно потеряла сознание, захрипела, отмечались тонические судороги, дыхание отсутствует, пульс не определяется. На ЭКГ - волнообразная кривая. Рекомендуемая терапия:

- а) введение норадреналина
- б) введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно
- в) электроимпульсная терапия+
- г) непрямой массаж сердца.

85. Больной 65 лет поступил в клинику с диагнозом «острый зад-недиафрагмальный инфаркт миокарда». При мониторинговании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4с с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС=40 в мин. Предположительный диагноз:

- а) атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II+
- б) синдром Фредерика
- в) мерцательная аритмия, брадикардическая форма
- г) атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I

86. Больная 80 лет поступила в отделение с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». За время наблюдения у больной периодически возникают эпизоды потери сознания с эпилептиформными судорогами и дыханием типа Чейна-Стокса. На ЭКГ - зубцы P не связаны с комплексами QRS жестким интервалом, продолжительность интервала PP=0,8 с, RR=1,5 с. ЧСС=35 в мин. Предположительный диагноз:

- а) полная атриовентрикулярная блокада+
- б) брадикардическая форма мерцания предсердий
- в) фибрилляция желудочков
- г) синусовая тахикардия.

87. Больной 54 лет поступил в клинику с диагнозом: повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда с переходом на верхушку и боковую стенку левого желудочка. Объективно: состояние тяжелое, бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких - единичные незвонкие мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС=110 в мин. ЧД=24 в мин. АД=80/60 мм рт.ст. Пульс - слабого наполнения. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз:

- а) транзиторная гипотензия
- б) кардиогенный шок, торпидная фаза
- в) начинающийся отек легких
- г) кардиогенный шок, эректильная фаза+

88. Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальциемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Какова возможная причина гипертензии?

- а) гипертоническая болезнь
- б) альдостерома надпочечников
- в) гипертиреоз
- г) гиперпаратиреоз+

89. В пищеварительном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции в:

- а) 12-перстной кишке
- б) тощей кишке
- б) подвздошной кишке+
- г) толстой кишке

90. У лиц с врожденной недостаточностью лактазы отмечаются вздутие живота, скопление газов и диарея при переваривании:

- а) молока+
- б) яиц
- в) черного хлеба
- г) капусты

91. Какой из нижеперечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита:

- а) абдоминальные боли
- б) стеаторея
- в) креаторея
- г) водная диарея+
- д) диабет

92. Для какого заболевания характерна гипертонус нижнего пищеводного сфинктера:

- а) склеродермия
- б) ахалазия кардии+
- в) ГЭРБ
- г) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

93. Какие биохимические признаки характерны для синдрома холестаза при заболеваниях печени:

- а) повышение АлАТ и АсАТ
- б) повышение ЩФ+
- в) гипергаммаглобулинемия
- г) повышение гамма-глутамилтранспептидаз

94. Какой препарат является препаратом выбора для лечения псевдомембранозного колита:

- а) цефтриаксон
- б) метронидазол
- в) ванкомицин+
- г) флуканозол

95. После гастрэктомии следует предполагать

- а) железодефицитную анемию
- б) В12-дефицитную анемию +
- в) фолиеводефицитную анемию
- г) гемолитическую анемию

96. Продолжительность жизни эритроцитов в норме составляет

- а) 15-20 дней
- б) 30-40 дней
- в) 120 дней +
- г) 3-4 дня

95. Вторичный абсолютный эритроцитоз встречается при всех перечисленных состояниях, за исключением

- а) поликистоза почек
- б) тромбоза почечных вен +
- в) хронической легочной недостаточности
- г) гипернефромы

96. К препаратам выбора из синтетических базисных противовоспалительных препаратов при лечении ревматоидного артрита относят:

- а) аминохинолиновые производные
- б) сульфасалазин
- в) инфликсимаб
- г) метотрексат+

97. При ревматоидном артрите чаще всего обнаруживается:

- а) моноартрит
- б) полиартрит+
- в) олигоартрит
- г) артралгия

98. Критериями раннего ревматоидного артрита являются:

- а) поражение 2-3-х суставов; очень интенсивная боль; интермиттирующая лихорадка болевые точки в местах прикрепления сухожилий
- б) поражение ≥ 1 сустава; значительный внутрисуставной выпот; дистрофические изменения кожи вокруг пораженного сустава
- в) воспаление более 3-х суставов; поражение пястно-фаланговых и/или плюснефаланговых суставов; утренняя скованность > 2 часов+
- г) воспаление более 2-х суставов; поражение коленных и/или плечевых суставов; утренняя скованность > 2 часов

99. Моноартрит, как правило, встречается при:

- а) подагре+
- б) анкилозирующем спондилоартрите
- в) ревматоидном артрите
- г) системной красной волчанке

100. К серонегативным спондилоартритам относят:

- а) подагрический артрит
- б) псориатический артрит+
- в) ревматоидный артрит
- г) деформирующий остеоартроз

101. Синдром Рейно чаще всего является первым проявлением:

- а) системной склеродермии+
- б) ревматоидного артрита
- в) узелкового полиартериита
- г) дерматомиозита

102. Все перечисленное относительно поражения почек при болезни Шенлейн – Геноха (геморрагическом васкулите) является верным, за исключением

- а) основным механизмом патогенеза заболевания является отложение в почечных сосудах иммунных комплексов
- б) заболевание чаще всего протекает по типу гломерулонефрита
- в) заболевание встречается чаще у взрослых, чем у детей
- г) заболевание может приводить к развитию почечной недостаточности
- д) для уменьшения степени гематурии при болезни Шенлейн – Геноха показаны викасол аминокaproновая кислота +

103. Высокое содержание эритроцитарных цилиндров в моче наиболее характерно

- а) для острого пиелонефрита
- б) для канальцевого некроза
- в) для нефритического синдрома +
- г) для нефротического синдрома
- д) для амилоидоза

104. Высокое содержание лейкоцитарных цилиндров в моче наиболее характерно

- а) для некроза канальцев
- б) для острого пиелонефрита +
- в) для нефритического синдрома
- г) для нефротического синдрома
- д) для "шоковой" почки

105. Для подтверждения диагноза амилоидоза почек наиболее информативным методом является

- а) посев мочи
- б) проба Реберга
- в) биопсия почки +
- г) внутривенная урография
- д) УЗИ почек

106. Протеинурия без изменений мочевого осадка наиболее характерна

- а) для острого пиелонефрита
- б) для некроза канальцев
- в) для нефритического синдрома
- г) для амилоидоза почек +
- д) для туберкулеза почек

107. Для уремии типичны перечисленные изменения в анализах мочи, за исключением

- а) высокого удельного веса
- б) гипоизостенурии +
- в) темной окраски мочи
- г) массивной протеинурии

108. Для IIВ стадии хронической почечной недостаточности справедливы все перечисленные утверждения, за исключением

- а) возможно применение энтеросорбции
- б) показана малобелковая диета
- в) больного готовят к гемодиализу
- г) трансплантация почки невозможна +
- д) необходима коррекция дизэлектrolитемии

109. Основным азотистым компонентом нормальной мочи является

- а) креатинин
- б) глютамин
- в) мочеви́на +
- г) моче́вая кислота

110. Триадой симптомов, позволяющих заподозрить опухоль почки, является

- а) лихорадка, кахексия, эритроцитоз
- б) кахексия, анемия, постоянная макрогематурия
- в) боль, пальпируемое образование, транзиторная макрогематурия +
- г) пиурия, макрогематурия, боль
- д) боль, анемия, дизурия

111. Наиболее подозрительным симптомом в отношении опухоли почки является

- а) боль в области почки
- б) варикоцеле, появившееся у мужчины в зрелом возрасте +
- в) артериальная гипертензия
- г) интермиттирующая лихорадка
- д) рентгеноконтрастная тень в проекции почки

112. Аденокарцинома почки чаще всего метастазирует

- а) в противоположную почку
- б) в легкие +
- в) в печень
- г) в надпочечник

113. Характерным осложнением трихомонадного уретрита является

- а) цистит
- б) простатит +
- в) пиелонефрит
- г) эпидидимоорхит

114. Клиника синдрома Рейтера включает в себя триаду симптомов

- а) уретрит, менингит, конъюнктивит
- б) уретрит, конъюнктивит, полиартрит +
- в) проктит, простатит, цистит
- г) менингит, полиартрит, уретрит

115. При трехстаканной пробе терминальная гематурия происходит

- а) из мочевого пузыря
- б) из задней уретры и шейки мочевого пузыря +
- в) из почки
- г) из мочеточника

116. Гипоплазия почки – это

- а) врожденное уменьшение объема почки с нарушением ее функции +

- б) врожденное отсутствие почки
- в) развернутая почка
- г) почка с измененными чашечками

117. Полное удвоение почки - это

- а) наличие с одной стороны двух мочевыводящих путей за счет дополнительной почки
- б) удвоение чашечно-лоханочной системы почки, при котором мочеточники сливаются и имеют одно устье
- в) удвоение чашечно-лоханочной системы почки, при котором мочеточники имеют раздельные устья +
- г) одностороннее расщепление дистальной части мочеточника

118. Опущение почки подтверждается с помощью

- а) пиелографии в лежачем и вертикальном положении
- б) цистографии до и после мочеиспускания
- в) внутривенной урографии в лежачем и вертикальном положении +
- г) обзорной урографии в лежачем и вертикальном положении
- д) цистографии до и после мочеиспускания

119. У юноши 18 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные, бугристые плотноэластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать

- а) об удвоении почек
- б) о поликистозе почек +
- в) о мультикистозе почек
- г) о хроническом пиелонефрите
- д) об эхинококкозе почек
- е) нефроптозе

120. Типичным исходом хронического простатита является

- а) хроническая почечная недостаточность
- б) аденома предстательной железы
- в) рак предстательной железы
- г) склероз предстательной железы +

121. Больной предъявляет жалобы - на острые боли в области промежности, отдающие в крестец и надлобковую область. Температура тела повышена до 39.5°C. Мочеиспускание затруднено, болезненно. Наиболее вероятно, что у больного

- а) острый цистит
- б) аденома предстательной железы
- в) рак предстательной железы
- г) камень мочевого пузыря
- д) острый простатит +

122. Рак простаты - это чаще всего

- а) андроген-зависимая опухоль +
- б) эстроген-зависимая опухоль
- в) гормонально-независимая опухоль
- г) простагландин-зависимая опухоль
- д) тироксин-зависимая опухоль

123. Больной 67 лет предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание, никтурию, истончение струи мочи. Подобные явления появились около 2 лет назад. Наиболее вероятно, что у больного

- а) аденома предстательной железы +
- б) хронический простатит
- в) опухоль мочевого пузыря
- г) стриктура мочеиспускательного канала

124. Характерным симптомом рака мочевого пузыря является

- а) повышение температуры тела
- б) боли в поясничной области
- в) терминальная гематурия +
- г) инициальная гематурия
- д) симптом закладывания струи мочи

125. Фимоз - это

- а) стеноз наружного отверстия уретры
- б) врожденное или рубцовое сужение крайней плоти +
- в) изменение слизистой уретры
- г) воспаление головки полового члена
- д) опухоль кавернозных тел

126. Крипторхизм - это

- а) задержка яичка на пути нормального его следования в мошонку +
- б) отсутствие яичка
- в) наличие дополнительного яичка
- г) задержка яичка вне нормального пути его следования в мошонку
- д) блуждающее яичко, переместившееся из мошонки в паховый канал

127. Оперативное лечение крипторхизма в случае неэффективности консервативной терапии с раннего детства целесообразно проводить в возрасте

- а) 5-7 лет +
- б) 10-12 лет
- в) 2-3 года
- г) после 20 лет

128. Заподозрить наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса позволяет

- а) боль в поясничной области во время мочеиспускания +
- б) болезненное мочеиспускание
- в) учащенное мочеиспускание
- г) боль в поясничной области при физической нагрузке

129. Причиной истинного недержания мочи является

- а) несостоятельность сфинктеров мочевого пузыря +
- б) изменение геометрии пузырно-уретрального сегмента
- в) гиперрефлекторный мочевой пузырь
- г) гипорефлекторный мочевой пузырь

130. Энурез - это

- а) недержание мочи во время сна +
- б) недержание мочи в течение дня
- в) недержание мочи, обусловленное моторным параличом детрузора
- г) истинное недержание мочи

131. При миеломной болезни наблюдается:

- а) ортостатическая протеинурия
- б) функциональная протеинурия
- в) протеинурия напряжения
- г) протеинурия переполнения+

132. Наиболее вероятной причиной слепоты у больного, длительно страдающего сахарным диабетом, является

- а) глаукома
- б) катаракта
- в) пролиферирующая ретинопатия +
- г) атрофия зрительных нервов

133. Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на потерю чувствительности в ногах по типу "чулок", снижение зрения. Из анамнеза - в течение 20 лет больная страдает сахарным диабетом. В отношении данной больной в первую очередь необходимо

- а) направить на консультацию к нейрохирургу
- б) увеличить дозы сахароснижающих препаратов и назначить повторный осмотр через месяц
- в) провести ангиографию нижних конечностей, поскольку имеющиеся жалобы скорее всего обусловлены атеросклеротическим поражением сосудов
- г) расценить имеющиеся клинические проявления как возможные осложнения сахарного диабета +

134. Больной 30 лет, страдающий сахарным диабетом I-го типа, обнаружен в коматозном состоянии через 3 часа после введения инсулина. Какое мероприятие необходимо выполнить в первую очередь?

- а) снять ЭКГ
- б) ввести 5% раствор глюкозы
- в) ввести инсулин (10-20 ЕД)
- г) ввести 20 мл 40% раствора глюкозы +

135. У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной

- а) психогенная полидипсия
- б) несахарный диабет +
- в) сахарный диабет
- г) хронический пиелонефрит

136. Для диагноза подострого тиреоидита характерно наличие всех перечисленных симптомов, за исключением

- а) повышения температуры тела
- б) ускорения СОЭ
- в) снижения захвата ^{131}I щитовидной железой
- г) повышения захвата ^{131}I щитовидной железой +
- д) болезненности при пальпации щитовидной железы

137. Сцинтиграфия служит основным способом выявления

- а) подострого тиреоидита
- б) зоба Хашимото
- в) диффузного токсического зоба
- г) рака щитовидной железы
- д) токсической аденомы щитовидной железы +

138. Наиболее информативным методом для выявления рака щитовидной железы является

- а) сцинтиграфия щитовидной железы
- б) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- в) компьютерная томография щитовидной железы
- г) тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы +

139. У 40-летней женщины выявлен узел в левой доле щитовидной железы диаметром 3 см. Из анамнеза известно, что в детстве больная получала лучевую терапию по поводу лимфаденита. При биопсии узла обнаружены атипичные клетки. Оптимальной тактикой в отношении данной больной является

- а) назначение тиреоидных гормонов
- б) оперативное вмешательство в связи с подозрением на рак щитовидной железы +
- в) назначение преднизолона
- г) облучение щитовидной железы

140. Больная 40 лет жалуется на зябкость, сонливость, запоры. При объективном исследовании обнаружено увеличение щитовидной железы и заподозрен первичный гипотиреоз. Для подтверждения данного диагноза наиболее информативно

- а) проведение скинтиграфии щитовидной железы
- б) определение уровня ТТГ +
- в) определение уровня Са⁺⁺ в крови
- г) определение Т3, Т4

151. Заболевания лиц пожилого и старческого возраста изучает

- а) геронтология +
- б) гериатрия
- в) герогигиена
- г) терапия

152. Наличие двух и более заболеваний у пациента - это

- а) полипрагмазия
- б) полиморбидность +
- в) полиэтиологичность
- г) атипичность

153. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов – это

- а) полипрагмазия +
- б) полиморбидность
- в) полиэтиологичность
- г) полиморфность

154. Долгожители – это лица

- а) старше 80 лет
- б) старше 85 лет
- в) старше 90 лет +
- г) старше 100 лет

155. Особенности личной гигиены в пожилом возрасте

- а) не требуется из-за атрофии кожных желез
- б) чаще принимать горячие ванны
- в) периодическая обработка кожных покровов питательными кремами +

156. При бессоннице лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют

- а) настой пустырника +
- б) бромиды
- в) барбитал
- г) фенобарбитал

157. Возрастные изменения верхних дыхательных путей

- а) атрофия слизистой оболочки +

- б) гипертрофия миндалин
- в) сужение голосовой щели
- г) утолщение голосовых связок

158. Наиболее частое осложнение острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста

- а) хронический бронхит
- б) очаговая пневмония +
- в) туберкулез
- г) рак легкого

159. При возникновении пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста редко наблюдается

- а) слабость
- б) недомогание
- в) кашель
- г) высокая лихорадка +

160. К развитию пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста предрасполагает

- а) переутомление
- б) перегревание
- в) постельный режим +
- г) стрессы

161. Причина снижения интенсивности боли при инфаркте миокарда у лиц пожилого и старческого возраста

- а) усиление воспалительной реакции
- б) ослабление воспалительной реакции
- в) повышение порога болевой чувствительности +
- г) снижение порога болевой чувствительности

162. Форма инфаркта миокарда, реже встречающаяся в пожилом и старческом возрасте

- а) ангинозная +
- б) астматическая
- в) аритмическая
- г) безболевая

163. Ведущая причина артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста

- а) атеросклероз +
- б) болезнь Иценко-Кушинга
- в) хронический пиелонефрит
- г) феохромоцитома

164. Язвенный дефект у лиц пожилого и старческого возраста чаще локализуется в

- а) желудке +
- б) 12-ти перстной кишке
- в) слепой кишке
- г) ободочной кишке

165. В возникновении язвенной болезни в пожилом возрасте наибольшее значение имеет

- а) генетическая предрасположенность
- б) нарушение микроциркуляции в стенке желудка +

- в) повышение кислотности желудочного сока
- г) психоэмоциональные перегрузки

166. Задержка мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста часто связана с:

- а) острым гломерулонефритом
- б) острым пиелонефритом
- в) острым циститом
- г) аденомой предстательной железы +

167. Самыми частыми возбудителями пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте являются

- а) кишечные палочки, энтерококки +
- б) синегнойная палочка
- в) микоплазмы
- г) смешанная флора

168. Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа

- а) увеличение всасывания
- б) уменьшение всасывания +
- в) ускоренная эвакуация
- г) повышение кислотности желудочного сока

169. Гематологическое заболевание, встречающееся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста

- а) гемофилия
- б) болезнь Шенлейна-Геноха
- в) железодефицитная анемия
- г) хронический лимфолейкоз +

170. Основная причина острого лейкоза в пожилом и старческом возрасте

- а) бактериальная инфекция
- б) гиподинамия
- в) стрессы
- г) хромосомные нарушения +

171. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста обусловлен

- а) бактериальной инфекцией
- б) психоэмоциональными перегрузками
- в) абсолютным дефицитом инсулина
- г) снижением чувствительности тканей к инсулину +

172. Течение сахарного диабета у лиц пожилого и старческого возраста отягощают

- а) атеросклероз, ожирение +
- б) пиелонефрит, цистит
- в) бронхит, пневмония
- г) гастрит, холецистит

173. Заболевание, характеризующееся повышенной ломкостью костей из-за снижения содержания в них кальция

- а) артроз
- б) ревматоидный артрит
- в) остеохондроз
- г) остеопороз +

174. У лиц пожилого и старческого возраста чаще встречается

- а) ревматический полиартрит
- б) ревматоидный артрит
- в) инфекционный артрит
- г) остеохондроз позвоночника +

175. Гиперандрогения в постменопаузе выявляется у женщин при:

- а) низкой массе тела
- б) заболеваниях надпочечников
- в) инсулинрезистентности+
- г) сахарном диабете I типа
- д) раке яичников.

176. Тяжелое течение урогенитального синдрома в постменопаузе при сахарном диабете II типа обусловлено:

- а) кетоацидозом
- б) сахароснижающей терапией
- в) диабетической висцеральной нейропатией+
- г) нарушением связочного аппарата уретры
- д) антибактериальной терапией.

177. Ожирение у женщин старше 50 лет вызывает следующие заболевания:

- а) рак органов репродуктивной системы+
- б) гипотиреоз
- в) гипокортицизм
- г) пиелонефрит
- д) панкреатит.

178. К признакам диффузного токсического зоба у пожилых относится:

- а) повышение продукции тиреоидных гормонов
- б) диффузное увеличение щитовидной железы
- в) быстрое развитие недостаточности кровообращения+
- г) устойчивая брадикардия

179. Клиническими проявлениями гипотиреоза у пожилых являются:

- а) тахикардия
- б) выпадение волос, ломкость ногтей+
- в) ожирение
- г) снижение когнитивных функций.

180. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается

- а) митральный стеноз
- б) митральная недостаточность
- в) стеноз устья аорты+
- г) недостаточность аортального клапана

181. При аортальном стенозе у пожилых чаще всего шум иррадирует:

- а) в шею
- б) по левому краю грудины+
- в) в левую подмышечную область
- г) в эпигастральную область

182. При исследовании атеросклеротического поражения сонных артерий у пожилых наибольшую диагностическую ценность имеет:

- а) электроэнцефалограмма
- б) компьютерная томография
- в) рентгенографическое исследование

г) дуплексное сканирование+

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. При сыпном тифе не характерно появление сыпи на:

- а) лице; +
- б) ладонях, подошвах;
- в) боковых поверхностях груди, живота;
- г) спине;
- д) сгибательных поверхностях.

2. Женщина 30 лет, работающая поваром, заболела остро. Температура тела быстро повысилась до 39.5°C с ознобом. Почти одновременно появились режущие боли вокруг пупка, двукратная рвота, а затем частый (до 10 раз) жидкий стул. Заболевание возникло через 16 часов после употребления в пищу вареных всмятку яиц. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) дизентерия
- б) пищевая токсикоинфекция
- в) сальмонеллез +
- г) холера

3. С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать генерализованную форму сальмонеллеза?

- а) с кишечным иерсиниозом +
- б) с бруцеллезом
- в) с токсоплазмозом
- г) с брюшным тифом

4. Укажите продукт, употребление которого не вызывает пищевой токсикоинфекции

- а) вода +
- б) молочные продукты
- в) кондитерские изделия с кремом
- г) мясные блюда
- д) куриные яйца

5. У 50-летнего больного через 2 часа после употребления в пищу мясных консервов домашнего изготовления возникли озноб, головокружение, режущие боли в эпигастральной области, повторная обильная рвота, а спустя 2 часа появился частый жидкий зловонный стул. Сходная, но более легкая картина болезни наблюдалась у жены больного, которая ела те же консервы. Укажите наиболее вероятный диагноз

- а) пищевая токсикоинфекция +
- б) дизентерия
- в) вирусный гастроэнтероколит
- г) ботулизм

6. Из перечисленных путей распространения инфекции основное значение для иерсиниоза имеет

- а) алиментарный +
- б) водный
- в) контактно-бытовой
- г) трансмиссивный
- д) парентеральный

7. В клинической картине иерсиниоза отмечают следующие признаки, за исключением

- а) ремиттирующей лихорадки
- б) зловонной диареи

- в) гепатолиенального синдрома
- г) полиартралгии
- д) энцефалита +

8. Какая локализация патологического процесса является типичной для острой дизентерии?

- а) тонкая кишка
- б) восходящий отдел толстой кишки
- в) дистальные отделы толстой кишки +
- г) прямая кишка

9. Для клинической картины ботулизма характерно:

- а) дегидратационный синдром
- б) гипертермия
- в) миастения
- г) бульбарные расстройства +
- д) геморрагический синдром

10. Укажите характерную эндоскопическую картину кишечного амебиаза:

- а) диффузная гиперемия слизистой оболочки толстой кишки
- б) геморрагии и эрозии на гиперемизированном фоне слизистой оболочки сигмовидной кишки
- в) глубокие язвы с подрытыми краями на фоне малоизмененной оболочки толстой кишки +
- г) язвенные дефекты на протяжении всего кишечника

11. Укажите наиболее часто встречающееся осложнение амебиаза

- а) перфорация кишки
- б) абсцесс печени +
- в) обтурационная желтуха
- г) холангит

12. Какие методы наиболее информативны для диагностики лямблиоза?

- а) посев кала
- б) микроскопия дуоденального содержимого +
- в) эндоскопическое обследование
- г) ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря

13. Укажите, в каком отделе пищеварительного тракта паразитируют лямблии

- а) в желудке
- б) в желчевыводящих путях
- в) в проксимальном отделе тонкой кишки +
- г) в толстой кишке

14. Какие гельминты (паразиты) могут быть причиной кистозного поражения печени и легких?

- а) кошачья двуустка
- б) эхинококк +
- в) цистицерк
- г) трихинелла

15. Для какого из перечисленных гельминтозов характерно острое развитие токсико-аллергической

реакции с высокой лихорадкой, распространенными миалгиями, отеком лица, миокардитом, эозинофилией крови?

- а) эхинококкоз

- б) описторхоз
- в) трихинеллез +
- г) дифиллоботриоз

16. Заражение какими гельминтозами возможно при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной рыбы?

- а) тениоз (свиной цепень)
- б) тениаринхоз (бычий цепень)
- в) стронгилоидоз (кишечная угрица)
- г) дифиллоботриоз (лентец широкий) +

17. Для инвазии каким гельминтом характерна В12-дефицитная анемия?

- а) эхинококком
- б) широким лентецом +
- в) бычьим цепнем
- г) описторхозом

18. Укажите преимущественный путь передачи аденовирусов:

- а) воздушно-капельный +
- б) воздушно-пылевой
- в) фекально-оральный
- г) парентеральный

19. Укажите преимущественный путь передачи риновирусов:

- а) воздушно-капельный
- б) воздушно-пылевой
- в) фекально-оральный
- г) парентеральный
- д) контактный (через загрязненные руки) +

20. При эпидемическом паротите могут развиваться все указанные осложнения, за исключением:

- а) серозного менингоэнцефалита
- б) гнойного менингита +
- в) орхита
- г) острого панкреатита

21. Укажите наиболее частую форму дифтерии

- а) дифтерия носа
- б) дифтерия зева +
- в) дифтерия гортани
- г) дифтерия бронхов
- д) дифтерия глаза

22. Для гипертоксической формы дифтерии зева характерны следующие признаки, за исключением

- а) развития характерных симптомов в течение 4-5 дней +
- б) высокой гипертермии с первых часов болезни
- в) появления налетов на слизистой оболочке зева в первые сутки заболевания
- г) отека слизистой оболочки зева и мягкого неба
- д) распространенных грязно-серых налетов на миндалинах и за их пределами

23. Укажите путь передачи менингококковой инфекции

- а) воздушно-капельный +
- б) воздушно-пылевой
- в) контактный

г) трансмиссивный

24. Укажите характерную форму поражения нервной системы при менингококковой инфекции:

- а) серозный менингит
- б) гнойный менингит +
- в) полиомиелит
- г) радикулоневрит

25. В группе туристов из 5 человек, приехавших из Пакистана, возникли 2 случая острых кишечных заболеваний, протекавших с многократным водянистым стулом, судорогами мышц голеней и кистей, жаждой, субфебрилитетом. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

- а) пищевая токсикоинфекция
- б) «диарея путешественников»
- в) холера +
- г) острый кишечный амебиаз

26. Резервуарами чумного возбудителя является все нижеперечисленное, за исключением:

- а) степных грызунов
- б) крыс
- в) копытных животных
- г) комаров +

27. Клинике чумы у вакцинированных лиц характерны следующие симптомы, за исключением:

- а) быстрого нагноения и вскрытия бубона +
- б) субфебрильной температурной реакции
- в) четкой отграниченности бубона от окружающих тканей
- г) малой болезненности области бубона

28. К ранним признакам кори относятся:

- а) гипертермия
- б) пленчатый конъюнктивит +
- в) катаральный ларинготрахеит
- г) шейная лимфаденопатия
- д) макулезная энантема на мягком небе

29. Укажите тип экзантемы, характерный для краснухи:

- а) эритематозная сыпь
- б) крупно-пятнистая сыпь
- в) мелко-пятнистая сыпь +
- г) петехиальная сыпь
- д) розеола-папулезная сыпь

30. Все перечисленное характерно для краснухи, за исключением:

- а) появления сыпи в 1-3 дни болезни
- б) преимущественной локализации сыпи на сгибательной поверхности конечностей и на животе +
- в) мелко-макулезного характера сыпи
- г) бесследного исчезновения сыпи в течение 3-4 дней
- д) лимфаденопатии

31. Для скарлатины характерны следующие гематологические сдвиги, за исключением:

- а) лимфоцитоза +
- б) эозинофилии
- в) нейтрофилеза
- г) повышения СОЭ

32. Основным путем передачи возбудителя коклюша является:

- а) воздушно-пылевой
- б) воздушно-капельный +
- в) алиментарный
- г) трансплацентарный

33. Для инфекционного мононуклеоза характерны следующие положения, за исключением:

- а) инфекционный мононуклеоз может быть заподозрен у взрослого пациента с фебрильным заболеванием, сопровождающимся лимфоцитозом и нарушениями функциональных тестов печени
- б) парентеральная передача вируса Эпштейна – Барра при экстракорпоральном кровообращении может способствовать возникновению инфекционного мононуклеоза
- в) клинические проявления инфекционного мононуклеоза у молодых и пожилых пациентов сходны, однако у последних более часто наблюдается гепатоспленомегалия +
- г) гематологические сдвиги при инфекционном мононуклеозе у молодых и пожилых пациентов сходны, однако у последних лимфоцитоз не является постоянным признаком

34. Для столбняка характерны нижеследующие осложнения, за исключением:

- а) аспирационной пневмонии
- б) менингоэнцефалита +
- в) разрывов поясничных мышц
- г) компрессионных переломов позвонков

35. Укажите продолжительность инкубационного периода бешенства, не свойственную данному заболеванию:

- а) менее 10 дней +
- б) 3 месяца
- в) 10 месяцев
- г) 14 месяцев
- д) 30 дней

36. Отдаленные рецидивы характерны:

- а) для трехдневной малярии +
- б) для тропической малярии
- в) для четырехдневной малярии
- г) для всех видов малярии

37. Укажите метод лабораторного обследования, имеющий решающее значение в диагностике малярии:

- а) клинический анализ крови
- б) посев крови
- в) микроскопия толстой капли и мазка крови +
- г) серологические реакции с малярийными антигенами
- д) микроскопия осадка мочи

38. При обследовании беременной с 21-недельным сроком беременности выявлена генерализованная микрополиаденопатия, обнаружены антитела к токсоплазмам класса IgG. Укажите рациональный вариант врачебной тактики

- а) прерывание беременности
- б) лечение токсоплазмоза в инфекционном стационаре
- в) амбулаторное наблюдение +
- г) антимикробное лечение

39. Женщина 20 лет с беременностью 18 недель повторно обследована гинекологом. Обнаружено появление в крови антител к токсоплазмам класса IgM. Укажите рациональный вариант врачебной тактики:

- а) госпитализация в инфекционный стационар для лечения токсоплазмоза
- б) госпитализация в акушерский стационар для прерывания беременности +
- в) амбулаторное наблюдение и лечение токсоплазмоза
- г) амбулаторное наблюдение

40. Каким средством может быть достигнута экстренная профилактика вирусного гепатита В?

- а) вакциной против гепатита В
- б) иммуноглобулином против гепатита В +
- в) нормальным иммуноглобулином человека
- г) интерфероном

41. Возбудителями герпетической инфекции являются все перечисленные вирусы, за исключением:

- а) вируса простого герпеса
- б) вируса ветряной оспы
- в) вируса натуральной оспы +
- г) вируса опоясывающего лишая
- д) вируса инфекционного мононуклеоза

42. Вирусы простого герпеса могут передаваться всеми перечисленными путями, за исключением

- а) воздушно-капельного
- б) трансмиссивного +
- в) полового
- г) вертикального
- д) контактного

43. Укажите средство, эффективное для лечения простого герпеса и опоясывающего лишая

- а) бисептол
- б) валацикловир+
- в) донорский иммуноглобулин
- г) ванганцикловир

44. Основным путем передачи лептоспироза является

- а) воздушно-капельный
- б) трансмиссивный
- в) водный +
- г) фекально-оральный

45. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом относится к группе

- а) антропонозов
- б) природно-очаговых инфекций +
- в) трансмиссивных инфекций

46. Основным резервуаром возбудителя геморрагической лихорадки с почечным синдромом являются:

- а) больные люди
- б) сельскохозяйственные животные
- в) дикие грызуны +
- г) домашние животные
- д) домашние и дикие птицы

47. Укажите положение, справедливое относительно геморрагической лихорадки с почечным синдромом

- а) снижение температуры тела больного всегда сопровождается улучшением его состояния и тенденцией к восстановлению нарушенных функций
- б) несмотря на снижение температуры может усиливаться рвота, боли в поясничной области и прогрессировать геморрагический синдром +

48. К группам повышенного риска по заболеваемости туберкулезом относятся все перечисленные, за исключением

- а) родственников больных туберкулезом
- б) лиц с «виражом» чувствительности к туберкулину
- в) лиц с гиперергической реакцией на туберкулин
- г) детей, у которых после вакцинации БЦЖ проба на чувствительность к туберкулину остается отрицательной
- д) лиц, страдающие хроническим панкреатитом +

49. К особенностям клинической симптоматики современного туберкулеза относится все перечисленное, за исключением

- а) увеличения частоты первичного туберкулеза среди взрослых
- б) более частого формирования «неполного» первичного комплекса
- в) возрастания количества больных туберкулезным экссудативным плевритом
- г) увеличения доли диссеминированного туберкулеза легких
- д) возрастания частоты туберкулезного менингита у взрослых
- е) преимущественно фиброзно-кавернозного туберкулеза легких +

50. Самой частой формой первичного туберкулеза легких является

- а) туберкулезная интоксикация
- б) первичный туберкулезный комплекс
- в) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов +
- г) туберкулезный плеврит

51. К исходам первичного туберкулезного комплекса относится все перечисленное за исключением

- а) гематогенной диссеминации
- б) экссудативного плеврита
- в) распада с образованием каверны
- г) образования очага Гона в легком
- д) образования кальцинатов в лимфатических узлах
- е) трансформации в саркоидоз +

52. Наиболее распространенной формой диссеминированного туберкулеза у взрослых является

- а) милиарный туберкулез
- б) туберкулезный сепсис Ландуза
- в) хронический диссеминированный туберкулез легких +
- г) подострый диссеминированный туберкулез легких

53. Для хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких на рентгенограмме характерно все перечисленное, за исключением

- а) одностороннего поражения +

- б) полиморфизма очагов
- в) двустороннего поражения
- г) асимметричного расположения очагов затенения
- д) различной интенсивности очагов затенения
- е) преимущественной локализации очагов в верхних отделах легких

54. Все перечисленные заболевания сопровождаются рентгенологическим синдромом легочной диссеминации, за исключением

- а) диссеминированного туберкулеза легких
- б) карциноматоза легких
- в) пневмокониоза
- г) саркоидоза II степени
- д) гемосидероза
- е) муковисцидоза +

55. Туберкулез мужских половых органов обычно начинается с поражения

- а) предстательной железы
- б) семенных пузырьков
- в) яичка
- г) придатка яичка +

56. Все перечисленное может наблюдаться в спондилитическую фазу (стадию разгара) туберкулезного спондилита, за исключением

- а) болей по ходу позвоночника
- б) образования кифотического горба
- в) формирования натечных абсцессов и свищей
- г) парезов, нарушения функций тазовых органов, расстройства чувствительности
- д) наличие изолированных гранулем в теле позвонков +

57. Все перечисленное относительно преспондилитической фазы туберкулезного спондилита является верным, за исключением

- а) характерно образование изолированных гранулем в телах позвонков
- б) у ряда больных, особенно детей, наблюдаются явления общей интоксикации
- в) характерно образование натечных абсцессов +
- г) возможно самоотграничение процесса в пределах тела позвонков с последующим рубцеванием

Профессиональные болезни

1. К профессиональным заболеваниям медработников не могут быть отнесены:

- а) туберкулез
- б) бронхиальная астма
- в) ревматоидный артрит+
- г) ВИЧ, вирусный гепатит

2. При остром отравлении хлором поражаются:

- а) Система крови
- б) Кости и суставы
- в) Органы дыхания +
- г) Органы мочевого выделения
- д) Соединительная ткань

3. Органы, наиболее чувствительные к действию растворителей бензольного ряда:

- а) Органы мочевого выделения
- б) Система крови +

- в) Органы дыхания
- д) Желудочно-кишечный тракт

4. Основные изменения системы крови при воздействии свинца:

- а) снижение количества эритроцитов
- б) появление эритроцитов с базофильной зернистостью +
- в) лейкоцитоз
- г) лейкопения

5. К веществам, оказывающим нейротропное действие, не относятся:

- а) ртуть
- б) марганец
- в) тетраэтилсвинец
- г) хром+

6. Клинический синдром, характерный для выраженной стадии хронической интоксикации марганцем:

- а) паркинсонизм +
- б) вегетативные нарушения
- в) атрофия мышц
- г) поражение печени

7. При остром отравлении оксидом углерода гипоксемия возникает за счет:

- а) образования карбоксигемоглобина+
- б) блокировки дыхательных ферментов
- в) образования метгемоглобина
- г) гемолиза

8. Характерными чертами профессионального (пылевого) бронхита являются:

- а) острое начало;
- б) кашель со скудной мокротой +
- в) кашель с обильной гнойной мокротой
- г) субфебрилитет

9. Основными методами диагностики профессионального бронхита являются:

- а) бронхофиброскопия +
- б) ультразвуковое исследование грудной клетки
- в) компьютерная томография легких
- г) рентгенологическое исследование органов грудной клетки

10. Основным методом диагностики пневмокониозов является:

- а) клинический.
- б) рентгенологический +
- в) функциональный.
- г) эндоскопический.

11. К металлокониозам относят:

- а) биссиноз
- б) сидероз +
- в) силикоз
- г) талькоз
- д) асбестоз

12. К пневмокониозам от органической пыли относят:

- а) антракосиликоз
- б) биссиноз +

- в) силикоз
- г) сидероз

13. Каким видам пневмокониозов свойственно обратное развитие процесса при прекращении контакта?

- а) антракосиликоз
- б) пневмокониоз сварщика
- в) сидероз +
- г) сидеросиликоз

14. К пневмокониозам от высокофиброгенной пыли относят:

- а) карбокониоз
- б) пневмокониоз от рентгенологической пыли
- в) силикатоз
- г) силикоз +

15. К диагностическим признакам силикоза относят:

- а) изменения в периферической крови
- б) наличие «пылевых клеток» в мокроте
- в) рентгенологические данные +
- г) данные спирографии
- д) наличие кашля

16. «Легкое животновода», «легкое птицевода», «легкое сыродела», «легкое скорняка» это разновидности заболевания:

- а) токсический фиброзирующий альвеолит
- б) саркоидоз легких
- в) злокачественно текущий силикатоз
- г) экзогенный аллергический альвеолит +

17. Нехарактерными изменениями аудиограммы при выраженной степени профессиональной тугоухости являются:

- а) нисходящий характер кривой
- б) повышение порогов слухового восприятия высоких частот
- в) односторонний характер изменений+

18. К профессиональным заболеваниям кожи не относятся:

- а) контактный дерматоз
- б) экзема
- в) Токсикодермия
- г) Псориаз+
- д) рак кожи

Актуальные вопросы онкологии в практике терапевта

1. К истинно предраковым изменениям молочной железы относят:

- а) атипическую пролиферацию железистого эпителия +
- б) сгруппированные микрокальцинаты
- в) тенеобразование на маммограмме с фестончатыми контурами;
- г) фиброаденому

2. В структуре смертности онкологические болезни занимают:

- а) 1 место
- б) 2 место +
- в) 3 место
- г) 4 место

3. Основным структурным звеном онкологической службы в субъекте Российской Федерации является:

- а) Российский онкологический центр РАН
- б) Онкологический диспансер (+)
- в) Онкологическое отделение
- г) Онкологический кабинет
- д) Центр амбулаторной онкологической помощи

4. Решение о проведении противоопухолевой лекарственной терапии пациенту с впервые выявленным онкологическим заболеванием осуществляется на основании:

- а) Заключения онколога
- б) Заключения химиотерапевта
- в) Решения консилиума специалистов +
- г) Заключения областного онкологического диспансера

5. Создать оптимальный уровень эстрогенов в организме не позволяет:

- а) приём насыщенных жиров и высококалорийной пищи, белый хлеб и пирожные +
- б) приём крестоцветных овощей (кочанная, спаржевая, брюссельская, цветная, китайская капуста и др.)
- в) соевые бобы (содержащие изофлавоны, сапонины и ингибиторы протеаз)
- г) фрукты, содержащие нерастворимую клетчатку, в том числе авокадо

6. Повышение риска рака молочной железы, тела матки и толстой кишки связано с частым употреблением:

- а) пищи, богатой нерастворимой растительной клетчаткой
- б) легкоусваиваемых углеводов
- в) растительного масла
- г) животных жиров +

7. Выделения крови из соска чаще характерны для:

- а) фиброаденомы;
- б) рака молочной железы
- в) внутрипротоковой папилломы; +
- г) менструального периода;
- д) болезни Педжета

8. Факторами риска развития рака желудка являются:

- а) ионизирующее излучение
- б) никотин и смолистые вещества, которые попадают в желудок при курении
- в) горячая пища
- г) все перечисленные выше факторы+

9. К алгоритму первично устанавливающей диагностики рака молочной железы относят:

- а) маммографию
- б) физикальное обследование + маммография + тонкоигольная аспирационная биопсия;
- в) ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желёз и/или маммографию (МГ) в зависимости от возраста; +
- г) МРТ

10. Верно утверждение, что маммографический скрининг женщин по рекомендации ВОЗ должен проводиться в возрасте:

- а) с 25 лет – 1 раз в 2 года;
- б) с 35 лет – 1 раз в 2 года
- в) с 40 до 50 лет – 1 раз в 2 года; +
- г) после 50 лет 1 раз в 2 года

11. Рак предстательной железы (РПЖ) по частоте заболеваемости в России с колебаниями по годам занимает:

- а) 2-3-е место среди всех злокачественных опухолей; +
- б) 3-4-е место;
- в) 4-5-е место;
- г) 6-е место;

12. У женщины 30 лет при УЗИ обнаружена узловатая мастопатия до 1 см. Ваша тактика:

- а) динамическое наблюдение;
- б) сделать маммографию
- в) направить для дообследования и на секторальную резекцию с гистоисследованием или выполнить прицельную ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) +
- г) назначить консервативную терапию и после оценить эффект

13. У женщины 30 лет при УЗИ обнаружена узловатая мастопатия до 1 см и произведена пункционная биопсия. При цитологическом исследовании клеточных элементов не получено. Ваша тактика:

- а) контроль через 3 мес.
- б) направить на секторальную резекцию со срочным гистоисследованием +
- в) выполнить прицельную трепанобиопсию;
- г) назначить консервативную терапию

14. Опорным симптомом периферического рака лёгкого на первых этапах развития является:

- а) сухой кашель;
- б) одышка;
- в) слабость и потливость;
- г) болевые ощущения в грудной клетке;
- д) наличие тенеобразования на рентгенограмме (флюорограмме); +

15. Если в опухоли преобладает паренхима, то такой рак называют:

- а) солидный +
- б) скirr;
- в) медуллярный;
- г) паренхиматозный

16. Если в опухоли преобладает строма, то такой рак называют:

- а) солидный;
- б) скirr, а клинически – панцирный; +
- в) медуллярный;
- г) паренхиматозный

17. В предстательной железе чаще развивается:

- а) рак;
- б) аденома; +
- в) фиброма;
- г) лейомиома;
- д) саркома;

18. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются:

- а) в печени;
- б) в лёгких;
- в) в брюшине;
- г) в костях; +
- д) в яичках;

19. Консультация в первичном онкологическом кабинете или центре амбулаторной онкологической помощи при подозрении на онкологическое заболевание должна быть проведена не позднее:

- а) 24 часов с момента подозрения на онкозаболевание
- б) 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию (+)
- в) 7 суток с даты выдачи направления на консультацию
- г) 14 дней с даты подозрения на онкозаболевание

20. Беременность, роды и лактация при мастопатии:

- а) всегда рекомендуются
- б) всегда запрещаются
- в) до этого назначается консервативное лечение
- г) после консультации маммолога и удаления очагового образования +

21. Саркома мягких тканей (СМТ) чаще всего локализуется на:

- а) верхних конечностях;
- б) нижних конечностях; +
- в) туловище;
- г) на голове и шее;

22. При какой клинической форме рака молочной железы наблюдается симптом «лимонной корки»:

- а) узловой;
- б) отечно-инфильтративной; +
- в) панцирной;
- г) маститоподобной;
- д) рожистоподобной;
- е) при всех формах

23. У женщины спустя 2 года после кормления ребёнка грудью появилось уплотнение в молочной железе, отмечается её увеличение, гиперемия. Ваша лечебно-диагностическая тактика:

- а) согревающие компрессы;
- б) физиотерапия;
- в) вскрытие и дренирование;
- г) УЗИ и пункционная биопсия; +
- д) наблюдение в динамике

24. Согласно международной классификации T1bN0M0 размеры опухоли:

- а) до 0,5 см;
- б) от 0,5 до 1,0 см; +
- в) от 1,0 до 2,0 см;
- г) от 2,0 до 5 см

25. Самыми частыми из злокачественных новообразований у населения в возрасте до 30 лет являются:

- 1. Рак легкого
- 2. Гемобластомы (+)
- 3. Рак желудка
- 4. Рак кожи

26. Самой частой злокачественной опухолью у женщин в России является:

- а) рак молочных желез (+)
- б) рак желудка
- в) рак легких
- г) рак толстой кишки

Актуальные вопросы профилактики

1. Согласно определению ВОЗ под здоровьем понимается

- а) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических недостатков+
- б) состояние социального и психического равновесия, определяемое пациентом
- в) состояние полного физического и психического здоровья, определяемое врачом
- г) целевой показатель эффективности системы общественного здоровья и здравоохранения

2. Согласно определению ВОЗ под общественным здоровьем понимается

- а) медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности+

- б) состояние социального и психического равновесия, определяемое обществом
- в) состояние полного физического и психического здоровья популяции
- г) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов

3. Назовите основные неинфекционные заболевания (НИЗ), составляющие глобальное бремя болезней

- а) болезни системы кровообращения, туберкулез, диабет, онкологические заболевания
- б) болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, инфекционные заболевания
- в) болезни системы кровообращения, болезни опорно-двигательного аппарата. Онкологические заболевания, болезни органов чувств
- г) болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов дыхания, эндокринные заболевания+

4. Наиболее значимыми факторами сверхсмертности в России из перечисленных являются

- а) снижение ВВП на душу населения, падение доходов домохозяйств, бедность
- б) табакокурение и употребление алкоголя+
- в) военные конфликты
- г) старение населения

5. основополагающими документами ВОЗ, регламентирующими меры антиалкогольной политики, являются

а) глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и европейский план действий по снижению вредного употребления алкоголя до 2020 года+

- б) страновой профиль неинфекционных заболеваний
- в) глобальная стратегия по диете, физической активности и здоровью
- г) глобальные рекомендации по физической активности для здоровья

6. Безопасны ли электронные сигареты и «гретый табак»

- а) нет+
- б) да
- в) да, при умеренном потреблении
- г) да, только от надежного производителя

7. Можно ли вылечить табачную зависимость

- а) да, это просто привычка
- б) да, но требуются лекарства
- в) нет, возможна ремиссия, на всю жизнь сохраняется риск рецидива+
- г) да, все дело в силе воли

8. Большую тройку факторов риска неинфекционных заболеваний, с наибольшим вкладом в смертность населения в Российской Федерации, формируют

- а). артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение +
- б) злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, гипо-α-холестеринемия
- в) избыточный вес и ожирение, низкое потребление фруктов и овощей, артериальная гипертензия
- г) гипертриглицеридемия, гипергликемия, метаболический синдром

9. Социальные детерминанты здоровья – это

- а) факторы риска развития неинфекционных заболеваний и их профилактика
- б) условия, в которых люди рождаются, растут, работают и стареют, и системы здравоохранения+

в) знания, умения, навыки населения относительно здорового образа жизни
г) модели поведения населения в отношении здорового образа жизни в различных социальных группах.

10. Демографическая ситуация сегодня в Российской Федерации характеризуется:

- а) высоким уровнем смертности мужчин трудоспособного возраста+
- б) низким уровнем смертности лиц трудоспособного возраста
- в) стабилизацией смертности лиц трудоспособного возраста
- г) высоким уровнем смертности женщин трудоспособного возраста

11. К модифицируемым факторам риска не относят:

- а). ожирение
- б) возраст+
- в) курение
- г) стресс

12. К первичной профилактике не относят мероприятия:

- а). формирование здорового образа жизни;
- б) снижение влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека
- в) проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения
- г) раннее выявление заболеваний, а также на предупреждение их обострений+

13. Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска используется шкала:

- а). SCORE +
- б) GRACE
- в) CRUSADE
- г) CHA2DS2VASC

14. Если человек проходит в день 5000—7500 шагов, то этот образ жизни считается:

- а) малоподвижным +
- б) сидячим
- в) активным
- г) умеренно активным

15. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье человека из перечисленных, является:

- а) климатические условия.
- б) состояние окружающей среды +
- в) организация медицинской помощи
- г) наличие производственных вредностей

16. Все взрослое население в зависимости от интенсивности труда разделяется

- а). на 2 группы
- б) на 3 группы
- в) на 4 группы
- г) на 5 групп +

17. Оптимальным методом выявления группы риска по возникновению заболевания является:

- а). учет обращаемости
- б) учет случаев временной нетрудоспособности
- в) профосмотр +
- г) все перечисленные

18. К практически здоровым относятся:

- а) хронические больные с частыми обострениями
- б) лица с факторами риска
- в) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 2 лет
- г) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 3-5 лет +

19. Практически здоровые лица входят в группу диспансерного учета:

- а). Д I
- б) Д II +
- в) Д III
- г) все ответы верны

20. К мерам первичной профилактики относится:

- а) санаторно-курортное лечение
- б) противорецидивное лечение
- в) гигиеническое воспитание населения +
- г) всё перечисленное

21. В III группу диспансерного учета входят:

- а) лица с факторами риска
- б) лица, имеющие в анамнезе острые заболевания
- в) лица, имеющие хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии
- г) лица, имеющие хронические заболевания, нуждающиеся в регулярном наблюдении и лечении +

22. При проведении дополнительной диспансеризации могут быть использованы результаты предыдущих медицинских осмотров, если их давность не превышает

- а). 1 месяц
- б) 2 месяца
- в) 3 месяца
- г) 6 месяцев +

23. Укажите группу здоровья граждан, нуждающихся в амбулаторном лечении по результатам дополнительной диспансеризации

- а). I группа
- б) II группа
- в) III группа +
- г) IV группа

24. К мерам по формированию ЗОЖ не относится:

- а) борьба с курением;
- б) проведение иммунопрофилактики в различных группах населения +
- в) активизация населения к занятиям физической культурой;
- г) создание информационно-пропагандистской системы знаний о негативном влиянии факторов риска.

25. В основе стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний лежит:

- а) медикаментозное лечение
- б) государственная программа
- в) концепция о факторах риска +
- г) санитарно-просветительная работа

26. Что лежит в основе развития метаболического синдрома?

- а). Гипергликемия,
- б) Гиперлипидемия,
- в) Инсулинорезистентность +
- г) Нарушение толерантности к глюкозе.

27. На первом этапе мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний проводят

- а) анкетирование+
- б) физикальные исследования
- в) лабораторные исследования
- г) инструментальные исследования

28. Раннее выявление заболеваний в доклинической стадии посредством массового обследования практически здоровых пациентов называется

- а) мониторинг
- б) первичная профилактика
- в) скрининг
- г) диспансеризация

29. Объектом первичной профилактики являются

- а) граждане трудоспособного возраста
- б) больные хроническими заболеваниями
- в) реконвалесценты острых заболеваний
- г) все жители территории+

30. Краткое профилактическое консультирование на заключительном этапе диспансеризации проводит

- а) врач общей практики (семейной медицины)+
- б) врач дневного стационара
- в) врач отделения медицинской профилактики
- г) врач-кардиолог поликлиники

31. К мероприятиям первичной профилактики относится

- а) паллиативная медицинская помощь
- б) раннее выявление заболеваний
- в) устранение причин развития заболеваний+
- г) своевременное начало лечения заболевания

32. Краткое профилактическое консультирование занимает (мин)

- а). 5 мин
- б). 10мин+
- в). 30 мин
- г) 60 мин

II Ситуационные задачи и практические навыки.

A) Перечень практических навыков:

Методы лабораторной диагностики

1. Проведение глюкометрии экспресс-методом;
2. Анализ крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ;
3. Приготовление материала для цитологического, бактериологического

исследования:

-крови, мочи, кала, мокроты

-из уретры

-с шейки матки, влагалища

-содержимого ран

-с кожных элементов, волос, ногтей

-со слизистых оболочек носа,

- глотки, гортани, конъюнктивы

5. Определение экспресс-методом (тест-полоски) белка, сахара, ацетона в моче.

Медицинская психология Навыки общения с пациентом и его родственниками;

1. Особенности общения с детьми и пожилыми;
2. Навыки общения с коллегами;
3. Умение справляться со стрессовыми ситуациями.

Методы медицинской информатики в общей врачебной практике

1. Умение работать на персональном компьютере с пакетом прикладных медицинских программ;
2. Создание и ведение базы данных пациентов и их семей.

Внутренние болезни

1. Врачебное обследование пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;
2. Выделение групп диспансерного наблюдения при терапевтической патологии;
3. Регистрация и анализ ЭКГ при: нарушениях ритма и проводимости, ишемической болезни сердца, перикардитах, миокардитах, ТЭЛА, электролитных изменениях, передозировке гликозидов;
4. Методика чтения рентгенограмм;
5. Проведение непрямого массажа сердца;
6. Проведение ИВЛ мешком Амбу;
7. Проведение дефибрилляции;
9. Внутрисердечное введение лекарств.

Инфекционные болезни и туберкулез в практике терапевта

1. Сбор материала для лабораторных исследований при инфекционной патологии: взятие мазков из зева и носа на бак. исследование;
2. Исследование крови на гемокультуру и стерильность, взятие кала и мочи на бак. Исследование;
3. Интерпретация копрограммы, анализа кала на дисбактериоз;
4. Оценка результатов серологического исследования крови на маркеры вирусных гепатитов;
5. Оценка результатов серологических реакций при других инфекционных заболеваниях (брюшной тиф, ГЛПС, лептоспироз, грипп, иерсиниоз);
6. Заполнение экстренного извещения на заразного инфекционного больного;
7. Организация противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;
8. Проведение и оценка пробы Манту;
9. Отбор детей для вакцинации и ревакцинации БЦЖ;
10. Формирование групп диспансерного наблюдения больных туберкулезом.

Б) Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1.

Больной 44 лет, жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту. Рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой СМП диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной СМП больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, ЧДД 26 в мин., АД 110/70 мм. рт. ст.

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в мин. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Диафрагмальный плеврит.

2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ3, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография.

3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики, АЦЦ.

4. Острый гастрит, острый холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, спонтанный пневмоторакс.

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела, при аускультации – шум трения плевры.

ЗАДАЧА №2.

Больной 35 лет поступил с жалобами на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость.

Заболел 3 дня назад. Днём переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура повысилась до 39,60С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щёк, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах её усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание, высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. ЧДД 32 в минуту. Над остальной поверхностью лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. Внебольничная левосторонняя верхнедолевая плевропневмония.

2. ОАК; ОАМ; Биохимич.АК: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ, серомукоид, гаптоглобин, Д-димер; Рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография.

3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики, АЦЦ.

4. Стенокардия, инфаркт миокарда, острый бронхит, межреберный нейромиозит

5. Характерны жалобы на боли в грудной клетке особенно при глубоком дыхании, повышение температуры тела, общая слабость. Объективно: учащенное поверхностное дыхание, вынужденное положение тела, при аускультации – шум трения плевры.

ЗАДАЧА №3.

Больной 22 года, жалуется на кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты в небольшом количестве, небольшую одышку при физической нагрузке, общую слабость. Заболел около недели назад, после переохладения. Появился насморк, першение в горле, сухой кашель, повысилась температура до 37,20С, лечился домашними средствами. Общее самочувствие улучшилось, насморк исчез. Оставался кашель, сначала сухой, затем с

отделением слизистой вязкой мокроты. Температура тела утром нормальная, вечером повышалась до 37,1- 37,3оС. Два дня назад появился небольшой озноб и температура повысилась до 38,1оС, кашель усилился. Стала отделяться слизисто- гнойная мокрота, появилась одышка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8оС. Кожа и слизистые обычной окраски. Над лёгкими ясный перкуторный звук с небольшим притуплением справа в подлопаточной области. Дыхание жёсткое, рассеянные, сухие хрипы. Справа в подлопаточной области мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 26 в минуту. Пульс 92 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/60 мм. рт. ст.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1. Плевропневмония в нижней доле правого легкого. Острый бронхит.

2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимич.АК: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ3, серомукоид, гаптоглобин, Д-димер; Рентгенологическое исследование легких в 3 проекциях, исследование мокроты: цитология, флора, чувствительность к антибиотикам, бактериоскопия мокроты, окрашенной по Грамму.

3. Антибиотики широкого спектра действия (пенициллины полусинтетические, цефалоспорины III поколения или макролиды), муколитики, АЦЦ.

4. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, экссудативный плеврит, рак легкого, инфаркт легкого.

5. Характерны кашель, боли в грудной клетке, одышка, притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация над очагом воспаления, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы, ослабленное везикулярное дыхание, при большом участке воспаления – бронхиальное, бронхофония, *herbes labialis, nasalis*.

ЗАДАЧА №4

Пациентка 25 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение t до 38,20С, с ознобами, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Больна в течение 5 дней. Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, частота дыхательных движений 25/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 100 уд/мин., АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. На рентгенограмме в области нижней доли левого легкого выявлена инфильтрация.

В гемограмме: Нв – 126 г/л; лейкоциты - 12 тыс., п-11%, с-46%, СОЭ-38мм/час.

Больной был назначен ампициллин 1 000 000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больной резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,10С, появилась обильная гнойная мокрота, выросли признаки интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данной пациентке?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Имеются ли осложнения в течении заболевания ?

1. Плевропневмония в нижней доле левого легкого.

2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимич.АК: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГ3, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких в 3 проекциях, исследование мокроты: цитология, флора, чувствительность к антибиотикам, бактериоскопия мокроты, окрашенной по Грамму.

3. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения или макролиды, ванкомицин), муколитики, АЦЦ.

4. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, экссудативный плеврит, пневмонит, рак легкого, инфаркт легкого.

5. Неэффективность проводимой терапии ампицилином. Осложнение - гнойный плеврит с прорывом в бронхи.

ЗАДАЧА №5.

Больной К., 28 лет, шахтер, почувствовал озноб, слабость, боль в правом подреберье, из-за которой не мог глубоко вздохнуть. К утру появился кашель со скудной слизистой мокротой ржавого цвета. При осмотре: блеск глаз, цианоз губ и носогубного треугольника. На губе герпес. При осмотре грудной клетки правая ее половина отстаёт в акте дыхания. Перкуторно справа ниже лопатки легочной тон имеет притупленно-тимпанический оттенок; на остальном протяжении легочной звук. Дыхание в зоне тимпанита ослабленное везикулярное, на высоте вдоха слышна крепитация и шум трения плевры. В остальных участках легких выслушивалось усиленное везикулярное дыхание. Частота дыхания - 25 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 82 в мин. АД 100/50 мм рт.ст. Язык сухой покрыт серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Анализ крови: Hb - 150г/л. Эритроциты - $5,5 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты $25,2 \times 10^9$ /л (сегментоядерные - 52%, палочкоядерные - 10%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%), СОЭ - 47 мм/ч.

Анализ мочи: уд.вес 1028, белок 0,033%.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в день госпитализации: 2/3 нижней доли правого легкого пониженной прозрачности с усиленным легочным рисунком, обусловленным сосудистой его частью. Правый корень расширен, купол диафрагмы ограничен в подвижности.

1. Наиболее вероятный диагноз
2. Какие методы обследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному пациенту?
4. Объясните кашель с мокротой ржавого цвета.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.

1. Внебольничная крупозная плевропневмония нижней доли справа.
2. Общий анализ крови; Общий анализ мочи; Биохимич.АК: общий белок, билирубин, аминотрансферазы, холестерин, ЛДГЗ, серомукоид, гаптоглобин; Рентгенологическое исследование легких в 3 проекциях, исследование мокроты: цитология, флора, чувствительность к антибиотикам, бактериоскопия мокроты, окрашенной по Грамму.

3. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения или макролиды, ванкомицин, аугментин), муколитики, АЦЦ.

4. Геморрагическое диapedезное кровоизлияние связанное с вторичным васкулитом.

5. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, экссудативный плеврит, пневмонит, рак легкого, инфаркт легкого.

ЗАДАЧА №6.

Больной 58 лет. Госпитализирован 26.03. В начале марта появилась нарастающая боль в правой ноге, затем в левой, вынужден был перейти на постельный режим. 23.03. возникла острая боль в правой половине грудной клетки, не связанная с дыханием, выраженная одышка, кашель с кровянистой мокротой, высокая температура.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 38,0С, сероцианотичный цвет лица, одышка до 36 дыханий в 1 минуту, набухшие шейные вены. В легких под правой лопаткой укорочение перкуторного звука, здесь же бронхиальное дыхание, голосовое дрожание усилено, мелкопузырчатые влажные хрипы, тоны сердца приглушены, пульс 100 уд. в мин., ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст. Пальпируется мягкий, болезненный край печени, выступающий из-под реберья на 3 см. Имеется тромбофлебит поверхностных вен обеих голеней.

- 1.Предполагаемый диагноз.
2. Что возможно у больного на ЭКГ?
3. План обследования больного.

4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме грудной клетки?
5. Назначить медикаментозную терапию.

1) Тромбоз ветвей легочной артерии. О. легочное сердце.

2) Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3) Тромболитическая терапия: стрептокиназа, тканевой активатор плазминогена (Актелизе), гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены гепарина назначают варфарин, синкумар, при шоке – добутамин, при инфаркт - пневмонии – антибиотики (нежелателен пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4) Инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5) Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

ЗАДАЧА №7.

Мужчина, 46 лет, жалуется на чувства нехватки воздуха, учащенное дыхание в покое, усиливающееся при минимальных нагрузках, выраженное снижение толерантности к нагрузкам, чувство тяжести в правом подреберье, отеки голеней и стоп. Анамнез - Страдает варикозной болезнью нижних конечностей.

Объективно: Состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в средних отделах справа. ЧДД 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент 2 тона и систоло-диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины при аускультации. Варикозно расширенные вены голеней с трофическими изменениями кожи (цианоз, гиперпигментация).

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, гипертрофия правого желудочка, высокий симметричный заостренный зубец R.

ЭХОКГ: Дилатация правых камер сердца, трикуспидальная регургитация 3 ст. Сист.Д в легочной артерии 47 мм. рт ст.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Показатели в коагулограмме необходимые для уточнения диагноза.
3. План дополнительного обследования больного.
4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме грудной клетки?
5. Назначить медикаментозную терапию.

1). Варикозная болезнь вен нижней конечности. Флеботромбоз. Тромбоз ветвей легочной артерии. О. легочное сердце.

2). Время свертывания крови, АЧТВ, фибриноген, D-димер в плазме крови

3). Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких; ЭХОКГ, Ультразвуковая Доплерография Легочной артерии; селективная ангиопульмонография; инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей – компрессионная Ультразвуковая доплерография.

4). Правосторонняя инфарктная пневмония – треугольная тень в средней доле справа, основанием к корню легких; резкое расширение, пульсация корня легких.

5). Тромболитическая терапия: стрептокиназа, тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены гепарина назначают варфарин, синкумар, при шоке – добутамин, в связи с инфарктной пневмонией – антибиотики

широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения или макролиды, ванкомицин, аугментин), муколитики, АЦЦ). Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

ЗАДАЧА № 8

Больной 46 лет в течение многих лет кашляет, в последние 3—4 года с выделением до 50—100 мл гнойной мокроты. Отмечает слабость, утомляемость, субфебрильную температуру, одышку при ходьбе.

Курит по 1—1,5 пачки в день в течение 20 лет, в детстве перенес пневмонию.

Объективно: пониженного питания. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком, сухие грубые хрипы под правой лопаткой, жесткое дыхание.

На основании обследования устанавливается диагноз: Хронического гнойного бронхита. Эмфиземы легких. Хронического Легочного сердца. ДН I ст.

В развитии бронхита предполагается основное значение длительного и интенсивного курения.

1. Что в приведенных данных противоречит данному диагнозу?
2. При рентгенографии обнаружено затемнение в области правого корня и высокое стояние купола диафрагмы. Какое предположение?
3. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?
4. Какие исследования необходимы для уточнения операбельности?
5. Какое лечение по поводу гнойного бронхита?

1. Односторонние хрипы в легких могут быть связаны не с диффузным, а с очаговым процессом.

2. Центральный рак правого легкого у больного с высоким риском (курение, хронический бронхит). Высокое стояние купола диафрагмы может быть связано с ателектазом нижней доли правого легкого.

3. Цитология мокроты, бронхоскопия с прицельной биопсией, томография (проходимость бронха!).

4. Функция внешнего дыхания (степень и форма дыхательной недостаточности), ЭКГ (признаки легочного сердца).

5. Антибиотики широкого спектра, дренаж положением.

ЗАДАЧА № 9

Больной 42 лет поступил в стационар с жалобами на нарастающую в течение года одышку экспираторного характера, снижение толерантности к физической нагрузке. Кашель с мокротой, особенно в утренние часы.

Из анамнеза известно, что больной курит с 16 лет по 2 пачки в день. Несколько лет назад стал отмечать сильный кашель, приступы одышки экспираторного характера при физической нагрузке. Неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: больной пониженного питания. Грудная клетка бочкообразной формы. Набухание шейных вен во время удлиненного выдоха, цианоз. В легких дыхание жесткое, выслушивается большое количество сухих хрипов, а также влажные хрипы – характер и количество которых меняется при кашле. ЧД – 24 в/мин. Определяется пульсация в эпигастральной области.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Какие немедикаментозные рекомендации можно дать данному пациенту.
4. Причины пульсации в эпигастральной области.
5. Тактика лечения.

1. ХОБЛ. Хр. обструктивный бронхит средней степени тяжести. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Хроническое легочное сердце. ДН-II.

2. ФВД – с определением ОФВ-1 (менее 70%), ОФВ-1/ЖЕЛ – менее 70%. Рентген органов грудной клетки – усиление и деформация легочного рисунка, увеличение правых

отделов сердца. На ЭКГ - ↑S в отведениях V5-6, комплекс rSR в отведениях V1, реже P-pulmonale (высокие зубцы P в отведениях II-III).

3. Пульсация в эпигастральной области объясняется гипертрофией правого желудочка.

4. Отказ от курения (улучшает прогноз заболевания, уменьшает степень и скорость показателей ОФВ. Одномоментный отказ от курения даёт больший эффект, чем постепенное уменьшение выкуриваемых сигарет). Показаны физические упражнения, направленные на повышение толерантности к физической нагрузке и тренировку дыхательной мускулатуры.

5. Бронхорасширяющие средства (м-холиноблокаторы, β-2 адреномиметики). Муколитические и отхаркивающие средства. Глюкокортикоиды (при ↓ ОФВ1 до 50% и ниже). Антибактериальные средства – препараты выбора макролиды и полусинтетические пенициллины.

ЗАДАЧА №10.

Больная 54 лет, в течение 32 лет работала швеей мотористкой. За смену обрабатывала по несколько тысяч мешков, которые использовались для перевозки муки и различных крупяных изделий. Запыленность воздуха в цехе достигает 215 мг/м³. По своему составу пыль является по преимуществу органической, минеральных примесей не содержит. У больной заболеваний легких в прошлом не было. Больная не курит, наследственность неотягощена. Последние 5-6 лет больную беспокоит несильный кашель с очень небольшого количества мокротой, а иногда и сухой, першение в горле. Во время отпуска кашель значительно уменьшается. При физическом напряжении беспокоит небольшая одышка, 3-4 раза в год имеет больничный лист с диагнозом грипп, ОРВЗ, бронхит.

При осмотре больной в период работы на фабрике было обнаружено умеренное количество рассеянных сухих хрипов в лёгких. При объективном обследовании: Грудная клетка несколько эмфизематоза. Перкуторный звук над лёгкими с небольшим коробочным оттенком. Дыхание жестковатое. ЧДД-22 в мин. В первые дни после поступления у больной выслушивались рассеянные сухие хрипы. При осмотре верхних дыхательных путей выявлена лёгкая атрофия слизистой задней стенки глотки. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт.ст.

Функция внешнего дыхания: Частота дыханий 20 в минуту. ОФВ1- 58%, ОФВ1/ЖЕЛ - 68%, МВЛ - 7 л/мин.

При рентгенографии придаточных пазух носа изменений не отмечено.

При рентгенографии лёгких выявлено небольшое усиление сосудисто-бронхиального рисунка в нижних отделах. Исследование функции внешнего дыхания выявило умеренно выраженные явления бронхиальной обструкции. Кожные пробы с экстрактом пшеничной муки и хлопка отрицательные. В период обследования в клинике мокроту больная почти не выделяла. Температура оставалась нормальной.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Какой ведущий синдром?
4. Какую лекарственную терапию следует назначить больной и какая дальнейшая тактика ведения больной.

5. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

1. Диагноз – Хронический пылевой бронхит.
2. На основании данных анамнеза и клинической картины, данных ФВД.
3. Синдром бронхиальной обструкции.
4. Лечение – симпатомиметики (прямого действия - беротек - селект стим. бета адренергич. рец.); производ. пурина или ксантины - эуфиллин, теофиллин; холинолитики – атровент, тиотропиум бромид); муколитики, в том числе АЦЦ.

Необходимо на СЭК (инвалид III группы по профессиональному заболеванию). Трудоустройство вне контакта с пылевыми факторами.

5. Бронхиальная астма. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмонит, рак легкого.

ЗАДАЧА №11.

Больной 49 лет, работает, забойщиком в шахте в течение 18 лет; во время очередного, периодического медицинского осмотра на рентгенограмме легких были обнаружены изменения в виде усиления и умеренной деформации легочного рисунка в средних и нижних отделах обоих легких. В базальных отделах прозрачность легочных полей повышена. Корни лёгких не изменены. Активных жалоб не предъявлял, но при детальном расспросе отмечал периодически непродуктивный кашель.

Анамнез: В прошлом респираторных заболеваний не было. Курит 20 лет, по 1 пачке в день.

Объективно: Подвижность легочных краев не ограничена, над легкими перкуторный звук коробочный, дыхание жесткое, прослушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД-20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны ясные, чистые. ЧСС-86 в мин. АД – 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Дизурических расстройств нет.

Показатели функции внешнего дыхания: ОФВ1 - 53 % от должной, ОФВ1/ ФЖЕЛ – 62%.

ЭКГ без отклонений от нормы.

Анализ крови и мочи в норме.

Вопросы

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Факторы риска заболевания.
3. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
4. Оцените показатели ФВД.
5. Тактика лечения. Оцените прогноз.

1. ХОБЛ, II стадия, средне-тяжелое течение. Силикоз легких.

2. Работа в шахте, курение.

3. Бронхиальная астма. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмонит, рак легкого.

4. Соответствуют II стадии, средне-тяжелому течению ХОБЛ по классификации GOLD)

5. Лечение – симпатомиметики (прямого действия - беротек - селективный стимулятор бета-адренергических рецепторов); производные пурина или ксантины - эуфиллин, теофиллин; холинолитики – атровент, тиотропиум бромид); муколитики, в том числе АЦЦ.

Необходимо на СЭК (инвалид III группы по профессиональному заболеванию). Трудоустройство вне контакта с пылевыми факторами.

ЗАДАЧА №12.

Больной, 59 лет, с детства страдает периодически кашлем с выделением гнойной мокроты до 100-150 мл в сутки; в последний год заметно похудел, усилилась одышка, появились отеки на ногах и пояснице.

Объективно: бледен, лицо одутловатое, цианоз губ, ушных раковин, пальцы формы "барабанных палочек". Температура тела – 37,40С. ЧДД - 24 в мин., более затруднен выдох. Пульс 98 уд. в мин., ритмичен. АД 106/84 мм рт.ст. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, в задне-нижних отделах обильные мелко- и среднепузырчатые звучные влажные хрипы больше при выдохе. Печень выступает на 3 см из подреберья, селезенка - на 1 см. На ногах рыхлые отеки, пастозность поясницы.

В крови: СОЭ 54 мм/час, белок 80 г/л, альбумины 30,2% глобулины 69,8% (альфа - 20,4%, бета - 18,7%, гамма - 20%); холестерин - 6,3 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес 1010, белок 4.28 - 6.23 г/л, лейкоциты 5-8 в п/зр, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/зр. Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?
2. На основании каких данных поставлен диагноз?
3. Какой ведущий синдром?
4. Какую лекарственную терапию следует назначить больному и какая дальнейшая тактика ведения больной.

5. Заболеваниями с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
6. Бронхоэктатическая болезнь. Амилоидоз почек.
7. На основании данных анамнеза, клинической картины, анализов крови, мочи.
8. Основной синдром – интоксикации на фоне длительного гнойного процесса в бронхах.
9. Лаваш бронхов. Муколитики, в том числе АЦЦ. Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения или макролиды), иммуномодуляторы. Колхицин. Хирургические методы лечения.
10. Абсцесс легкого. Пневмонии в зависимости от этиологии, туберкулез, ХОБЛ, пневмонит, рак легкого.

ЗАДАЧА №13.

Больного 41 года, беспокоят боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, проходящие через 1-3 мин после приема нитроглицерина, головные боли. С 16-летнего возраста у больного выслушивается шум в сердце. В течении года - загрудинные боли при нагрузке. Месяц назад отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре: В легких хрипов нет. ЧДД-20 в мин. Границы относительной тупости левая - на 2 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя и правая - не изменены. Тоны сердца приглушены, грубый шум после I тона в точке Боткина и во 2 межреберье справа от грудины, не проводящийся на сосуды шеи. Пульс 84 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные причины потери сознания.
3. Определите причину(ны) выслушиваемого при аускультации шума.
4. Какие изменения при эхокардиографическом исследовании Вы ожидаете получить.
5. Тактика лечения.

1. Врожденный аортальный стеноз. Относительная коронарная недостаточность с развитием стенокардии напряжения.
2. Ишемия мозга вследствие недостаточного выброса крови сердцем в результате аортального стеноза.
3. Стеноз аортального отверстия.
4. При эхокардиографическом исследовании выявляется уровень и величина сужения в области аортального клапана, признаки гипертрофии левого желудочка, нарушения диастолической и систолической функции.
5. Хирургическое протезирование клапана или расширение отверстия по методу Бейли.

ЗАДАЧА №14.

Больной 15 лет, в течение нескольких лет жалуется на головную боль. Родители объясняли эти жалобы переутомлением, к врачам не обращались. Участковым врачом обнаружено высокое артериальное давление. Госпитализирован в стационар для обследования. В детстве слегка отставал от других детей в развитии. Не занимается спортом, так как быстро устает. Болел корью, скарлатиной, несколько раз гриппом, ангиной, отеков и дизурических явлений никогда не было. При осмотре: состояние удовлетворительное, левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от средне ключичной линии. Резкий акцент II тона над аортой. Грубый систолический шум в области верхней части грудины, выслушивающийся и в межлопаточном пространстве. Пульс ритмичный, напряжен. Артериальное давление 190/110 мм.рт.ст на обеих руках. Живот мягкий безболезненный. Стопы холодные.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.
3. Определите причину выслушиваемого при аускультации шума.
4. Методы дополнительного обследования.
5. Тактика лечения.

1. Врожденная коарктация аорты.

2. Вторичные артериальные гипертензии- реноваскулярные, болезнь Такаюсу; другие врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов.

3. Причина грубого систолического шума – выраженное сужение дуги аорты в нисходящей области

4. Ультразвуковая доплерография аорты с ЭХОКГ; компьютерная томография с контрастированием аорты; рентгенография грудной клетки – выявление узурации ребер в связи с развитием коллатералей в межреберных артериях.

5. Хирургическая – ангиопластика аорты со стентированием. Гипотензивная терапия – антагонисты кальция, диуретики, блокаторы рецепторов ангиотензина.

ЗАДАЧА №15

Пациент 18 лет поступил с жалобами на одышку, боли в сердце, возникающие в покое сердцебиение, резкую слабость после физической нагрузки. Из анамнеза известно, что больной 5-6 раз в год проходит стационарное лечение по поводу воспалительных заболеваний лёгких.

Объективно: Выраженный цианоз кожных покровов, губ, слизистых, конъюнктивы. Вес – 48 кг, рост – 160 см., отстаёт в физическом развитии от сверстников. Изменение пальцев в виде «барабанных палочек», ногтей в виде «часовых стёкол». Определяется систолическое дрожание во II-м м/р слева от грудины. При аускультации выслушивается грубый систолический шум слева от грудины во II-III м/р. При рентгенологическом исследовании выявляется прозрачность лёгочных полей из-за уменьшения кровенаполнения лёгких. Контуры сердца имеют специфическую форму «деревянного башмака сабо»: уменьшенная дуга лёгочной артерии, подчёркнутая талия сердца, закруглённая и приподнятая над диафрагмой верхушка сердца. Дуга аорты может быть справа.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить систолическое дрожание и систолический шум слева от грудины.
3. Наиболее информативный метод обследования.
4. Изменения, ожидаемые в ОАК.
5. Возможные осложнения.

1. Тетрада Фалло. Включает следующие компоненты:
 - Большой высоко расположенный ДМЖП
 - Стеноз лёгочной артерии
 - Декстропозиция аорты
 - Компенсаторная гипертрофия правого желудочка.
2. Систолическое дрожание и систолический шум выслушивается над стенозированным участком лёгочной артерии.
3. Ангиокардиография, катетеризация сердца, ЭхоКГ.
4. ОАК – ожидается высокий эритроцитоз, повышение содержания Hm, СОЭ резко снижено (до 0-2 мм/ч).
5. Наиболее часто возникают инсульты, ТЭЛА, выраженная сердечная недостаточность, инфекционный эндокардит, абсцессы мозга, разнообразные аритмии.

ЗАДАЧА №16

Больная 15 лет поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при физической нагрузке, боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что родилась недоношенной. Детское дошкольное учреждение не посещала. В школе освобождалась от занятий физкультурой. Последние 2 класса в связи с ухудшением самочувствия закончила экстерном. Объективно: При аускультации сердца выслушивается непрерывный систоло-диастолический шум («машинный»), лучше выслушиваемый под левой ключицей и иррадиирующий в спину.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Источник «машинного шума».
3. У пациента появилась охриплость голоса – как объяснить этот симптом.
4. Тактика лечения.
5. Возможные осложнения.

1. Открытый артериальный «боталлов» проток.
2. Источником «машинного» шума является постоянный однонаправленный кровоток из аорты в лёгочную артерию.
3. Расширение лёгочной артерии может привести к сдавлению возвратного нерва и охриплости голоса.
4. При появлении признаков сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды и диуретики. Рекомендуется профилактика инфекционного эндартериита до и в течение 6 месяцев после хирургической коррекции порока. Хирургическое лечение в виде лигирования открытого артериального протока или окклюзии его просвета необходимо проводить до развития необратимых изменений со стороны сосудов лёгких.
5. Инфекционный эндартериит (вследствие постоянной травматизации струёй крови стенки лёгочной артерии), ТЭЛА, аневризма протока, её расслаивание и разрыв, кальцификация протока, сердечная недостаточность.

ЗАДАЧА №17

Пациент 20 лет поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение. Объективно: Расширение и пульсация вен шеи Цианоз. Перкуторно границы относительной сердечной тупости смещены вправо. При аускультации выслушивается систолический шум в III-IV м/р слева от грудины и на верхушке. ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия правого предсердия. АВ-блокада I степени. ЭхоКГ – дистопия створок трёхстворчатого клапана, увеличение правого предсердия.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Изменения ожидаемые при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки.
3. Медикаментозные назначения
4. Хирургическая коррекция
5. Прогноз.

1. Аномалия Эбштайна – расположение задней и перегородочной створок трёхстворчатого клапана у верхушки правого желудочка, приводящее к увеличению полости правого предсердия и уменьшению полости правого желудочка.

2. При проведении рентгенологического исследования отмечается кардиомегалия (характерна шарообразная форма тени сердца) при повышенной прозрачности лёгочных полей.

3. При появлении симптомов сердечной недостаточности назначают сердечные гликозиды и диуретики.

4. Хирургическое лечение заключается в протезировании трёхстворчатого клапана или его реконструкция.

5. Основные причины летального исхода: тяжёлая сердечная недостаточность, тромбоэмболия, абсцессы мозга, инфекционный эндокардит.

ЗАДАЧА №18.

Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 20 минут, однократно использовал нитроглицерин 1 таблетку-обморок на потери сознания без предвестников при физической активности; на перебои в работе сердца. Данные жалобы около одного года, последний месяц симптомы появляются чаще. Три года назад умер родной брат в возрасте 43 лет (внезапная смерть).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. ЧДД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 60 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения в другие точки. АД 135/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул и диурез в норме.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол α – 15). Гипертрофия левого желудочка, Рентгенография органов грудной клетки - без особенностей. ЭХОКГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, глобальная и локальная сократимость не нарушены. ТМЖП 2,0 см. ТЗСЛЖ 1,2.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Объясните изменения на ЭХОКГ.
4. Какое лечение следует назначить данному больному?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

1. Врожденная гипертрофическая кардиомиопатия, асимметричная, перегородки. Прогрессирующее течение.

2. УЗДГ аорты и крупных сосудов. ЭКГ. Тредмил с нагрузочными пробами. МРТ-выявление асимметрической гипертрофии миокарда, оценить ее степень и локализацию.

3. Асимметричная гипертрофия перегородки.

4. Лечение β – бетаблокаторами или верапамилом. Хирургическое лечение (чрезаортальная септальная миктомия).

5. ИБС: нестабильной стенокардией. Гипертонической болезнью. Амилоидозом сердца. Болезнью Фабри. Рестриктивной кардиомиопатией. Аортальным стенозом.

ЗАДАЧА №19.

Женщина 38 лет предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 30 минут. неоднократно рецидивирующего в течении суток, одышку при обычной физической нагрузке, боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, плохую переносимость физической, нагрузки. Год назад перенесла тяжелый грипп, после чего появились вышеуказанные жалобы: состояние ухудшается после простудных заболеваний, последнее ухудшение на фоне ОРЗ. При осмотре: состояние, относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧСС 78 в мин. ритм неправильный. АД 100/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Лейк. 8,8, эритроц. 3,8. Нв 110 г/л, СОЭ 17 мм/ч. СРБ 12 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, с ЧСС 76 в мин., PQ 240 мс. Короткие (несколько комплексов) эпизоды мерцания-трепетания предсердий.

ЭХОКГ: аорта не изменена, КДР 5,8 см, КСР 4,1 см. Передне-задний размер 2,8 см. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП = 1,0. ТЗСЛЖ = 1.1 см. Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Объясните причину мерцательной аритмии.
4. Какое лечение следует назначить данной больной?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

1. Хронический инфекционно-аллергический миокардит. Аритмогенный вариант течения. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ; биохимический анализ крови – АСТ, АЛТ, ЛДГ 1, КФК, фибриноген. Для подтверждения диагноза миокардита – эндокардиальная биопсия миокарда. Подтверждающим критерием будет клеточная инфильтрация (более 5 клеток в поле зрения при увеличении 4000 в морфобиоптатах миокарда. МРТ сердца с контрастированием при миокардите – наличие внеклеточной воды. Сцинтиграфия миокарда с Ga67 - изотоп будет накапливаться в участках воспаления миокарда. Лабораторные тесты при наличии миокардита: «+» тест дегрануляции базофил при определении кардиального антигена и антител к миокарду, «+» реакция торможения миграции лимфоцитов с кардиальным антигеном.

3. Причина мерцательной аритмии – эктопические очаги электрической нестабильности в участках воспаления и дегенерации миокардиоцитов.

4. НПВС в/м (мелоксикам, лорноксикам) в теч.5 дней в дальнейшем внутрь в течении 3-х недель, при неэффективности – Преднизолон 15 мг /сут. Полиоксидоний 12 мг/сут внутрь через день – 10 дней приема. Кордарон 200 мг 2 раза в день.

5. С ИБС; кардиомиопатией – генетической, стес-индуцированной и т.д.; аутоиммунным тиреоидитом с тиреотоксикозом; миокардиодистрофией.

ЗАДАЧА №20.

Больная, 63г. поступила с жалобами на резкую слабость, апатию, сонливость, зябкость, запоры, снижение аппетита. Больна 8 лет, когда появилась слабость, заторможенность, ухудшение памяти, одутловатость лица, запоры (стул раз в 3-4 дня), не уступающие действию слабительных, осиплость голоса, пастозность голеней. Диагностирован гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, по поводу которого нерегулярно принимал тиреоидин. В течение 2 мес. состояние ухудшилось: усилилась слабость и сонливость, направлена в эндокринологическое отд. При поступлении сост. тяжелое; резко заторможена, не проявляет интереса к окружающему. Выражена сонливость, речь и движения замедлены. Лицо одутловатое (отек век, щек, губ). Кожа сухая, холодная, бледная с желтоватым оттенком, t 35оС. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени плотноватая при пальпации. Волосы на голове, в подмышечной впадине редкие. Дыхание везикулярное. ЧСС50 в мин. АД 90/50 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца глухие. ЭКГ: нарушение внутрижелудочковой проводимости. Язык утолщен с отпечатками зубов по краям. В остальном без особенностей.

Общий анализ крови: эр. -3.8; Нв – 90; лейкоц. – 4.1; СОЭ- 37.

Б/х анализ крови: Холестерин- 12.8 ммоль/л; Са 2.0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: норма.

Вопросы:

1. Назовите основное заболевание.
2. Определите наличие и характер патологии со стороны ССС.
3. Методы диагностики основного заболевания.
4. Принципы лечения
5. Коррекция нарушений липидного обмена.

1. Аутоиммунный тиреоидит. Тяжелый первичный гипотиреоз. Гипотиреоидная прекома.

2. Миокардиодистрофия на фоне тяжёлого гипотиреоза. Брадикардия, нарушение проводимости, гипотония, расширение границ сердца влево, глухость тонов.

3. Необходимо УЗИ ЩЖ, определение уровня антител к различным структурам ЩЖ (Ат-ТПО, Ат-ТРГ). ЭХОКГ., ЭКГ

4. Коррекция эндокринных нарушений, лечение проявлений сердечной недостаточности, нормализация метаболических процессов.

5. Необходима коррекция липидного обмена - диета с пониженным содержанием жиров. Ингибиторы ГМГ –Соа-редуктазы – ловастатин (начальная доза 20 мг во время ужина; максимальная суточная доза - 80 мг).

ЗАДАЧА №21.

Больной 28л. Через 4нед., после ОРВИ (вирус Коксаки), подтвержденный серологической диагностикой с определением нарастающего титра антител к вирусу с интервалом в неделю, появились одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, слабость, пастозность стоп, боли в прекардиальной области, без связи с физической нагрузкой, ноющего характера до нескольких часов без эффекта от нитроглицерина.

Объективно: кожа бледная, пастозность стоп, границы отн. тупости сердца расширены влево на 1.5см. Ослабление 1тона на верхушке, там же ритм галопа и короткий систолический шум без луча проведения. Тоны глухие, ритм правильный. ЧСС 116в мин в покое. АД 110/70мм рт.ст. Печень + 1.5см. По Курлову 11-9-8см. ОАК: СОЭ-32. Б/Х: КФК-2084 ЛДГ- 506. ЭКГ: депрессия ST с V3 по V6. Рентгенография гр. Кл.: значительное увеличение сердечной тени влево, признаки венозного застоя легких.

Вопросы:

1. Основные клинические проявления патологии ССС.
2. Оцените изменения в БХ анализе крови.
3. Причина развития патологии миокарда.
4. План дополнительного обследования.
5. Диагноз.

1. Кардиомегалия, кардиалгия, застойная сердечная недостаточность.
2. Наличие общевоспалительных реакций, кардиоспецифических белков сыворотки крови (КФК, ЛДГ) свидетельствует о некрозе кардиомиоцитов и бывает только при тяжёлом паренхиматозном миокардите.
3. Перенесённая 4 недели назад вирусная инфекция, подтверждённая серологически.
4. Для подтверждения диагноза миокардита – эндокардиальная биопсия миокарда. Подтверждающим критерием будет клеточная инфильтрация (более 5 клеток в поле зрения при увеличении 4000 в морфобиоптатах миокарда. МРТ сердца с контрастированием при миокардите – наличие внеклеточной воды. Сцинтиграфия миокарда с Ga67 - изотоп будет накапливаться в участках воспаления миокарда. Лабораторные тесты при наличии миокардита: «+» тест дегрануляции базофил при определении кардиального антигена и антител к миокарду, «+» реакция торможения миграции лимфоцитов с кардиальным антигеном. ЭХОКГ – для оценки дилатации полостей сердца.
5. Основной диагноз: острый инфекционно-аллергический поствирусный миокардит. Осложнения: ХСН IIАст. ШФК.

ЗАДАЧА №22.

Больного 38 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 x 3,5 см, левая – 8,2 x 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. ХПН, терминальная стадия.

2) Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевины, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева.

3) Хронический гемодиализ. Трансплантация почки.

4) Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертония. Синдром Кона.

5) Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов.

ЗАДАЧА №23.

Больной М. 29 лет жалуется на внезапные резкие подъемы АД до 240/110 мм. рт., впервые возникшие около 2-х лет назад. Во время таких приступов отмечалась сильная головная боль, озноб, дрожь, потливость. После окончания приступа - обильное мочеиспускание. Со стороны внутренних органов при осмотре патологии не выявлено.

1. Предполагаемый диагноз
2. План дополнительного обследования больного
3. Что можно выявить при биохимическом исследовании мочи?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложить план лечения

1) Феохромоцитома. Симптоматическая артериальная гипертензия.

2) Скрининг: экскреция катехоламинов и их метаболитов с мочой (в течение суток и во время криза), уровень катехоламинов в плазме в период криза. Определение локализации опухоли – КТ или МРТ. Сцинтиграфия с ¹³¹I метайодбензилгуанидином.

3) Неотложное лечение при тяжелой АГ – нифедипин сублингвально (дробно по 10 мг), внутривенно: фентоламин либо нитропруссид натрия. Радикальное лечение - удаление опухоли (возможно лапароскопическое). В постоперационный период α-адреноблокаторы (феноксibenзамин) под контролем АД, уровня глюкозы крови. Контроль уровня катехоламинов. Если хирургическое лечение невозможно, применяют постоянное лечение феноксibenзамин и ингибитором синтеза катехоаминов - α-метилтирозином.

4) С другими артериальными гипертензиями, протекающими с пароксизмами (тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь, дисцифальный синдром), первичным альдостеронизмом, болезнью и синдромом Иценко-Кушинга.

5) Постоянные либо кризовые подъемы АД, ортостатическая гипотензия. Возникновение кризов при мочеиспускании, пальпации живота, ангиографии, анестезии, на фоне фармакологических провокаций (гистамин, никотин, кофеин, β-блокаторы, глюкокортикоиды, трициклические антидепрессанты). Сопутствующие симптомы: приступы сердцебиения, потливость, головная боль, похудание, нарушение углеводного обмена.

ЗАДАЧА №24

Больной 24 лет. Жалобы на общ. слабость, недомогание, частые и продолжительные головные боли в затылочной области, отеки на лице в утренние часы. Болен 1.5 года. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная. Отеки на лице. На н/конечностях отеков нет. Верхушечный толчек в 5-м м/реберье по левой срединно-ключичной линии - ригидный, разлитой. Гр. относительной сердечной тупости: правая - у правого края грудины, левая совпадает с верхушечным толчком, верхняя - нижний край 3-го ребра. ЧСС 74 в мин. АД 220/120 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, б/болезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром «покалывания» слабо «+» с обеих сторон. Диурез сохранен.

ОАМ: цвет - св\ж. прозрачная, р-я слабокислая, плотность 1020; белок 1.4; лейкоциты 4-5; эритроциты - 25-30, выщелоченные, цилиндры гиалиновые до 6.

ОАК: эритроциты - 4.0; гемоглобин - 127; лейкоциты - 8.9; СОЭ - 28. ЭКГ: ритм синусовый, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Дайте характеристику артериальной гипертензии.
2. Основные причины артериальной гипертензии в молодом возрасте.
3. Оцените изменения мочевого осадка.
4. Принципы лечения основного заболевания.
5. Принципы лечения артериальной гипертензии.

1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант. ХПН 0 ст. Основные синдромы: отечный, гипертонический, болевой, мочевого, астенический. Стойкая систоло-диастолическая гипертензия.

2. Заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит и др.).

3. Мочевой синдром представлен: протеинурией, гематурией, цилиндрурией. Это клубочковый тип нефропатии, т.к. белок мочи более 1г/с, удельный вес больше 1018, р-я мочи слабокислая, преобладают гиалиновые цилиндры.

4. Соблюдение режима – избегать переохлаждений, физического и эмоционального перенапряжения. Малобелковая диета. Цитостатики, так как высокая артериальная гипертензия является противопоказанием для назначения глюкокортикоидов.

5. Ингибиторы АПФ., блокаторы кальциевых каналов.

ЗАДАЧА №25.

Больной 56 лет жалуется на давящую боль за грудиной, головокружение, тошноту, резкую общую слабость. Страдает приступами сжимающих болей во время физической нагрузки, исчезающих после приёма нитроглицерина. Периодически отмечаются подъёмы АД до 170/100 мм. рт. ст.

Указанные жалобы возникли внезапно, без связи с физической нагрузкой.

Объективно: бледность кожных покровов, влажные и холодные кисти рук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-21 в мин. Границы сердца расширены влево до средне-ключичной линии, тахикардия, ритм правильный, 1-й тон на верхушке усилен, шумов нет, пульс 170 в минуту, двухфазный желудочковый комплекс (типа rR) в отведении V1. На некоторых участках можно обнаружить зубцы Р, идущие с более медленным ритмом, чем желудочковые комплексы. Смещение сегмента ST выше изолинии в отведениях III, V 5-6.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Объясните изменения на ЭКГ.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?

- 1) ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.
- 2) ЭКГ, общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, миоглобин, тропонины, КФК-МВ фракция, глюкоза
- 3) Антиаритмические препараты группы IB (лидокаин), электроимпульсная терапия
- 4) Инфаркт миокарда, другие нарушения ритма, миокардит.
- 5) Резкая общая слабость, тошнота, бледность кожных покровов, влажные и холодные кисти рук, тахикардия.

ЗАДАЧА №26.

Больной 53 лет, жалобы на сильные за грудиной боли, появившиеся около 1 часа назад. СМП вызвали родственники по поводу болевого приступа. При осмотре кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Периферических отеков нет. Над базальными отделами легких незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, ритм правильный, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Печень у края реберной дуги. На ЭКГ - синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в V2-V6. После инъекции промедола боли утихли. При переключении больного на носилки внезапная потеря сознания, агональное дыхание. АД, тоны сердца не определяются. Начаты ИВЛ, непрямой массаж сердца. На ЭКГ мелковолновая фибрилляция желудочков.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое неотложное лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

- 1) ИБС: Острый передне-распространенный инфаркт миокарда левого желудочка. Острая левожелудочковая недостаточность. Фибрилляция желудочков.
- 2) Тщательный сбор и анализ анамнеза; физикальное обследование; общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины Т и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография; мультиспиральная компьютерная томография; инвазивная оценка гемодинамических показателей: давление заклинивания

легочной артерии, сердечный выброс (с помощью плавающего баллонного катетера Сван-Ганца). Определение кислотно-щелочного равновесия и газового состава крови.

3) Адреналин 0,1% -1 мл на 10 мл физ.раствора в/в или внутрисердечно (или алулент или изадрин), хлористый кальций в/в или внутрисердечно, далее программа лечения крупноволновой фибрилляции (лидокаин, бикарбонат натрия, калий поляризирующая смесь). После каждой инъекции лекарственного вещества проводится электрическая дефибрилляция несколькими разрядами. Лечение инфаркта миокарда - антитромботические агенты (аспирин, антагонисты рецепторов к аденозиндифосфату: тиенопиридины, блокаторы гликопротеиновых Пб/Ша рецепторов тромбоцитов), антикоагулянты, β – блокаторы, нитраты, статины, коронарная реваскуляризация.

4) ТЭЛА, гипогликемическая кома, острое кровотечение.

5) Потеря сознания, агональное дыхание, АД, тоны и пульс на сонной артериях не определяются, кожа бледно-серого цвета – признаки клинической смерти.

ЗАДАЧА №27

Подросток 15 лет, с 2 лет страдает приступами ритмичного сердцебиения с внезапным началом и внезапным окончанием без нарушения гемодинамических показателей. Приступы часто возникают на уроках физкультуры. Отец страдал аналогичными пароксизмами, умер внезапно в возрасте 38 лет.

В легких везикулярное дыхание. ЧДД-19 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД – 120/70 мм.рт.ст.

У данного пациента на ЭКГ вне приступа: основной ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 72 в мин. PQ 0,09 сек, QRS во всех отв. 0,16 сек, QT 0,42 сек*, на восходящем колене зубца R регистрируется «зазубрина».

На ЭКГ во время приступа сердцебиения: ритм несинусовый (зубец P - не регистрируется), правильный, ЧСС 180/мин, QRS 0,12 сек.

1. Предполагаемый диагноз
2. План дополнительного обследования больного.
3. Патогенез развития данной патологии
4. С какими нарушениями ритма проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложить план лечения.

1. Врожденный синдром WPW. Пароксизм желудочковой тахикардии.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Нагрузочная проба на Тредмиле. Биохим.анализ крови - холестерин, липиды, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, фибриноген. ЭХОКГ.

3. Наличие дополнительных аномальных путей проведения электрического импульса от предсердий к желудочкам – пучок Кента, что приводит к более раннему возбуждению желудочков с образованием эктопического очага для пароксизма желудочковой тахикардии.

4. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия с широким комплексом QRS или с блокадой внутрижелудочкового проведения, фибрилляция желудочков, синдром CLC.

5. Экстренная госпитализация в аритмологическое отделение, в/в струйное введение Кордарона 5% раствор 10 мл или Мекситила 2,5% раствор 10 мл медленно на 20 мл физ.раствора. При отсутствии эффекта – электроимпульсная терапия. В дальнейшем лечение Кордароном 200 мг.х 1-2 раза в сутки внутрь.

ЗАДАЧА №28.

Больной 62 лет, вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад.

В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день.

Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыханий 28/мин. Сердце расширено, влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД 95/65 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 160/мин, пульс 124/мин. Дефицит пульса 36/мин. Печень у края реберной дуги.

1. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему?

2. Какая переносимость данной тахикардии?
3. Что ожидается на ЭКГ?
4. Ваши назначения на первые сутки?
5. На следующий день частота сердечных сокращений около 80/мин, но мерцательная аритмия остается. АД = 120/75 мм рт. ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии.

1. Пароксизмальное мерцание или трепетание предсердий. Основание: тахиаритмия, неравномерность тонов, дефицит пульса.

2. Имеются признаки острой левожелудочковой недостаточности с застоем в малом круге и снижением АД.

3. Разная продолжительность R—R, отсутствие зубцов P или волны трепетания.

4. Учитывая суправентрикулярный характер тахиаритмии и признаки сердечной недостаточности, методом выбора будет применение сердечных гликозидов из группы наперстянки, например дигоксин 0,5 амп, через каждые 2 ч в/в до пульса ниже 90—80/мин., одновременно показано введение гепарина 20000 ед/сут.

5. Учитывая, по-видимому, недавнее возникновение мерцательной аритмии, показано восстановление синусового ритма или кордароном или путем плановой электрической дефибрилляции.

ЗАДАЧА №29.

Больной 60 лет, преподаватель. Обратился по поводу одышки при обычной ходьбе. 6 лет назад перенес передне-перегородочный инфаркт миокарда. Одышка появилась 2 мес назад. Не лечился. Курит одну пачку в день.

Объективно: рост 165 см, масса тела 91 кг. Небольшая отечность голеней, цианоз губ. В легких под лопатками немного влажных, незвонких хрипов. Дыханий 24/мин. Сердце расширено влево на 2 см; тоны: приглушены, систолический шум на аорте. Пульс 92/мин, аритмичный, дефицит 18/мин. АД 140/90 мм рт. ст.

Печень у края реберной дуги

На ЭКГ - отсутствуют зубцы P, интервалы R-R разные, ритм неправильный.

1. Предположительный диагноз.
2. Предложите режим ведения больного и диету.
3. Медикаментозные назначения.
4. Предложите методы контроля лечения
5. Через неделю самочувствие улучшилось, отеков нет, пульс 76/мин без дефицита, аритмичный. Предложите дальнейшую тактику лечения.

1 ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Мерцательная аритмия. НК2Б

2. Режим полупостельный, отдых в кресле. Питание гипокалорийное (2000 кал) с ограничением соли до 3—4 г/сут, прекращение курения.

3. Дигоксин, начиная с 0,25 мг х 4 раза/сут, эналаприл 10мг-2 раза/сутки, гипотиазид 25 мг/сут, или верошпирон 1—2 табл. (0,025 г) 3 раза/сут. Учитывая, что больной ранее не принимал сердечных гликозидов и у него имеется тахикардия, показана дигитализация с применением насыщающих доз, В связи с возрастом (60 лет) исходная доза снижена до 3- 4 табл/сут.

4. Наблюдать: частоту сердечных сокращений, режим, состояние желудочно-кишечного тракта, диурез, массу тела, АД в ортостазе (возможность гипогидратации и гиповолемии) —ежедневно, ЭКГ — через неделю.

5 Переходить на поддерживающие дозы дигоксина 2—1 табл./сут., эналаприл – в той же дозе. От диуретиков воздержаться. Расширять режим физической активности. Продолжать гипокалорийную диету.

ЗАДАЧА №30.

Больная М., 18 лет.

Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, периодически – тошноту, горечь во рту. Подобные жалобы беспокоят около 2 лет. При объективном обследовании: состояние

удовлетворительное. Язык влажный, обложен негустым серо-желтым налетом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Ортнера слабо положительный. В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе крови отклонений не выявлено. Эзофагогастродуоденофиброскопия – норма.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Дискинезия желчевыводящих путей.

2) Скрининговые: функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче, УЗИ с оценкой функции желчного пузыря и сфинктера Одди, ЭГДС. Диагностические: ЭРПХГ с манометрией сфинктера Одди, гепатобилисцинтиграфия с ^{99m}Tc , медикаментозные тесты (с холецистокинином или морфином). Дуоденальное зондирование.

3) 1. Диета - стол № 5. 2. Препараты, нормализующие моторную функцию желчного пузыря, не менее 2 недель. 3. Желчегонные препараты. (Одестон по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2-х недель.).

4) Хронический некалькулезный холцистит, желчекаменная болезнь. Заболевания печени (холестатический гепатит).

5) Боли и тяжесть в правом подреберье, возникающие через 20 минут после еды, ночные. Тошнота, рвота. Горечь во рту. Отсутствие органической патологии билиарного тракта.

ЗАДАЧА №31.

Больная В., 47 лет.

Предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу «нейродермита» и у гинеколога по поводу «климактерической дисфункции яичников». При обследовании, выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Билирубин общий – 87,5 мкмоль\л. СОЭ – 25 мм\час.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения наличия внутрипеченочного холестаза ?
3. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение следует назначить данному больному?

1) Первичный билиарный цирроз.

2) Биохимический анализ крови: билирубин общий и прямой, холестерин, мочевины крови, общий белок, белковые фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, фибриноген. Общий анализ крови + ретикулоциты, тромбоциты. Общий анализ мочи. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы. ЭГДС. Коагулограмма. Ig M. Антимитохондриальные антитела.

3) В основном болеют женщины в период менопаузы. Ведущие жалобы: упорный кожный зуд и желтуха. На поздних стадиях- общая слабость, похудание, боль в костях. У 1/3 больных заболевание сочетается с калькулезным холециститом. Кожные покровы желтушные с зеленоватым оттенком. Расчесы. Позже кожа становится смуглой. В развитой стадии болезни-ксантелазмы кожи век. Развивается сухой синдром, тиреоидиты. Печень заметно увеличена, плотная, фестончатость нижнего края позднее. Спленомегалия. Гибербилирубинемия за счет связанного, увеличение ЩФ, ГГТФ, холестерина. Возможно повышение индикаторов цитолиза. Позднее проявляется мезенхимально-воспалительный синдром и портальной гипертензии.

4) Подпеченочная желтуха, вторичный билиарный цирроз печени, рак печени, редкие формы цирроза печени: веноокклюзивные циррозы, циррозы при синдроме Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Коновалова.

5) Пеницилламин, азатиоприн, колхицин. Кортикостероиды осторожно из-за вероятности развития остеопороза. Холестирамин для уменьшения зуда. Гемосорбенты (активированный уголь). Плазмаферез. Медикаментозная коррекция витаминной недостаточности, дефицита кальция. При неэффективности – пересадка печени.

ЗАДАЧА №32.

Больной А., 48 лет.

В течение 6 лет у него периодически (после употребления спиртных напитков) возникают боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу «колита».

В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без отклонений от нормы. При копрологическом исследовании обнаружена креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы наиболее вероятно может обнаружиться:

- А) рак
- Б) киста
- В) очаговый или диффузный фиброз
- Г) абсцесс
- Д) камни

4. Какое лечение следует назначить больному?

5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

1) Хронический панкреатит.

2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, липаза, кальций, общий белок и фракции. УЗИ органов брюшной полости. ЭРПХГ. Дополнительные методы исследования: лапароскопия с прицельной биопсией поджелудочной железы, КТ поджелудочной железы, коагулограмма, сахар крови после приема глюкозы (сахарная кривая). Консультация хирурга, эндокринолога.

3) Диффузный фиброз.

4) При выраженном обострении первые 3 дня-голод и парентеральное питание по показаниям. Обезболивание (парентерально анальгин с папаверином или баралгин или синтетический аналог соматостатина сандостатин или внутривенно капельно лидокаин). После купирования выраженного болевого синдрома с 4-го дня от начала лечения: дробное питание с ограничением животного жира, перед каждым приемом пищи полиферментный препарат креон (1-2 капсулы) или панцитрат, постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии и парентерального введения препаратов, некоторые из них назначают внутрь: ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг 2 раза в день, домперидон или цизаприд 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды, или дебридат 100-200 мг 3 раза в день за 15 мин до еды.

5) Хронический колит, холецистит, гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки.

ЗАДАЧА №33.

Больной, 39 лет.

В течение 2 лет периодически беспокоят боли в эпигастральной области ноющего характера, возникающие через 1,5 – 2 часа после приема пищи, «ночные боли», иногда – изжогу, тошноту, запоры. Боль снимается приемом антацидных препаратов, небольшого количества пищи.

Работает водителем автобуса, режим питания не соблюдает

При осмотре: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы

Ортнера, Василенко отрицательные. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Обострение.

2) Общий анализ крови, мочи. Группа крови, резус –фактор. Анализ кала на скрытую кровь. Железо сыворотки крови. Ретикулоциты. Сахар крови. Бактериологический, морфологический, дыхательный и уреазный (CLO- тест) тесты диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием.

3) Диета. При лечении гастродуоденальных язв, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (НР), используется одна из схем для эрадикации НР. Например: блокатор протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в день) вместе с метронидазолом плюс кларитромицином. После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжают лечение ранитидином или фамотидином.

4) Язвенная болезнь желудка, рак желудка, гастроэзофагеальная болезнь.

5) Боли, возникающие через 1,5-2 часа после еды, голодные, ночные, проходят после приема щелочей и пищи. Сезонность болей. Рвота. Изжога. Запоры. Выраженность астеновегетативного синдрома.

ЗАДАЧА №34.

Больная, 27 лет.

Предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, с примесью слизи, в основном в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли.

Вышеуказанные жалобы беспокоят около трех лет, после эмоционального среза. При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, небольшая болезненность при пальпации по ходу толстого кишечника. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи (СРК).

2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП. Копрограмма. Кал на дисбактериоз. Анализ кала на скрытую кровь. Ректороманоскопия. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. ЭКГ. Эзофагогастродуоденоскопия. Колоноскопия с биопсией.

3) Психотерапия и диета с исключением непереносимых продуктов и напитков. Спазмолитики - дицетел, в случае неэффективности спазмолитиков - блокаторы моторики (лоперамид, имодиум). Смекта 3-4 пакетика в день, буферные алюминий содержащие антациды (маалокс, протаб, гастал). При отсутствии или нестабильном эффекте назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры: интетрикс (2 капсулы 2 раза в день) с последующим приемом пробиотика (дюфалак).

4) Неспецифический язвенный колит, хронический колит, опухоли кишечника, острая дизентерия.

5) Симптомы, подтверждающие диагноз СРК: частота стула более чем 3 раза в день, разжиженный или водянистый кал, императивные позывы на акт дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишки, выделение слизи во время акта дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

ЗАДАЧА №35.

Больной, 32 лет.

Жалобы на частый жидкий стул (до 10-12 раз в сутки), в том числе в ночное время суток, с примесью крови и слизи, боли схваткообразного характера в левой подвздошной области, периодически – по всему животу. Боли усиливаются перед дефекацией и ослабевают после стула. Также жалуется на похудание, снижение аппетита, слабость.

Болен около 3-х месяцев. Объективное обследование: состояние средней тяжести. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, лейкоциты – 11, 2 тыс., СОЭ – 26 мм/ч. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ: макроскопически определяются примеси крови и слизи, много эпителиальных клеток и лейкоцитов.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Неспецифический язвенный колит.

2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: калий, натрий, кальций. Копрограмма. Посев кала на бактериальную флору. Ректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки прямой кишки. Гистологическое и морфологическое исследование биоптата. Обязательно консультация хирурга, гинеколога. При сопутствующих заболеваниях – УЗИ брюшной полости и малого таза, ЭРХПГ, рентгенография брюшной полости. ЭКГ.

3) преднизолон внутрь по 40 мг в сутки в течение месяца, далее постепенная отмена. Микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) дважды в сутки в течение 7 дней. Сульфасалазин внутрь 2 г или салазопиридазин 1 г в сутки. При непереносимости – месалазин (мезакол, салофальк) 1 г в сутки длительно (многие годы). Введение жидкостей. Препараты железа.

4) Острая дизентерия, болезнь Крона, новообразования прямой и толстой кишки. Хронический колит.

5) «Характерные» изменения стула: частый, неоформленный стул с примесью крови и гноя. Патологические изменения при копрологическом исследовании: скудные неоформленные испражнения, кровь, слизь, гной в кале, стул типа малинового желе. Пезко положительная реакция на растворимый белок. Специфические изменения слизистой оболочки: контактная кровоточивость, отсутствие сосудистого рисунка, просовидные абсцессы, язвы, псевдополипы. При ирригоскопии: укорочение, сужение отсутствие гаустрации, кишка в виде водопроводной трубы. Системные проявления.

ЗАДАЧА №36.

Женщина 30 лет обратилась по поводу изменения цвета мочи (моча красноватого оттенка) и головных болей. Боль в поясничной области, дизурия отсутствуют. Прежде считала себя здоровой. Отеков нет. Температура тела 36,60С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту. АД 220/120 мм. рт.ст. Живот мягкий, при пальпации боковых отделов живота с обеих сторон прощупываются болезненные плотные опухолевидные образования. На глазном дне – симптом Салюса-Гунна II. Анализ крови: Нв 151 г/л, лейкоциты 6,2x10⁹/л, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи:

относительная плотность 1,010, белок – 1,66 г/л, эритроциты 20-35 в п/зр., лейкоциты 3-5 в п/зр. В биохимическом анализе крови -креатинин 340 мкмоль/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Острый диффузный гломерулонефрит. Гипертонический синдром. ОПН.

2) Общий анализ мочи, крови. Анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, билирубин, глюкоза, фибриноген, серомукоид, С-реактивный протеин, АСЛО, Антигиалуронидаза, мочевины, креатинин. ЭКГ. УЗИ, в/в урография. Клубочковая фильтрация. В затруднительных случаях – биопсия почек с морфологическим исследованием полученного материала.

3) Антибактериальная терапия (пенициллин), постельный режим, ограничение жидкости, поваренной соли, белка (до 50-60г), мочегонные при нарастании отеков и артериальной гипертензии (фуросемид, гипотиазид). При стойкой гипертензии – гипотензивные препараты. При длительной протеинурии - преднизолон. При ОПН - высокие дозы мочегонных, гемодиализ.

4) Острый пиелонефрит, острый интерстициальный нефрит, тромбоз почечных вен, опухоль почки, мочекаменная болезнь, нефроптоз, туберкулез почки, обострение хронического гломерулонефрита.

5) Клиническая картина определяется изменениями мочи и задержкой жидкости. Олигурия, отеки, гипертензия, одышка. Этому предшествует период плохого самочувствия с субфебрильной температурой, болью в поясничной области. Гематурия, протеинурия, умеренная азотемия.

ЗАДАЧА №37.

43-летняя женщина отметила появление отеков на ногах и увеличение массы тела на 12 кг за 3 мес. Жалобы на головокружение при подъеме с постели. Прежде считала себя здоровой. Из лекарственных препаратов принимала только контрацептивы. Объективно: выраженные отеки нижних конечностей. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. лежа, 90/70 мм рт.ст. стоя. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Изменения глазного дна не обнаружены. Анализ крови: Нв 125 г/л, лейкоциты 7,2x10⁹/л, лейкоцитарная формула без изменений, СОЭ 30 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1013, белок – 3,2 г/л, эритроциты 1-2 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр., цилиндров нет. Холестерин крови 8,2 ммоль/л, общий белок 58 г/л, креатинин 320 мкмоль/л. Антиядерные антитела не обнаружены. Размеры почек при УЗИ: правая – 13,2 x 6,8 см, левая – 14,0 x 7 см.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Амилоидоз почек. Нефротический синдром. ХПН.

2) Общий анализ крови, мочи, кала. Суточная протеинурия. Проба по Зимницкому, Нечипоренко, Ребергу-Тарееву. Анализ мочи на БК. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, серомукоид, сиаловые кислоты, фибрин, СРП, холестерин, триглицериды, липопротеин. Радиоизотопная ренография и сканирование почек. Ультразвуковое сканирование почек. Проба с метиленовой синью. Биопсия слизистой оболочки десны, прямой кишки – исследование биоптата на амилоидоз. Пункционная биопсия почки. Реакция связывания комплемента сывороткой крови больных. Для почечной недостаточности: суточный диурез и количество выпитой жидкости, кислотно-щелочное состояние, исследование глазного дна, ЭКГ.

3) Диета с ограничением хлорида натрия. Ограничить продукты, содержащие казеин. Специфическое лечение – колхицин (в постепенно нарастающей дозе до 2 мг/сут). Унитиол. Димексид (1-5 мг внутрь). Делагил, плаквенил. Длительная терапия сырой обжаренной печенью (от 80 до 120 мг ежедневно в течение года). Симптоматическое лечение нефротического синдрома и ХПН.

4) АА-амилоидоз и АL-амилоидоз. Хронический гломерулонефрит. Хронический пиелонефрит. Сахарный диабет. Гипертоническая почка.

5) Массивная протеинурия, выраженная гипо- и диспротеинемия, значительная гипоальбуминемия, гипер- α_2 - глобулинемия, гипергаммаглобулинемия, гиперхолестеринемия, гипербеталипопротеинемия, гипертриглицеридемия. Выраженные отеки, отличающиеся рефрактерностью к диуретикам. Анасарка, нередко асцит, гидроторакс, гидроторакс. Волосы и ногти ломкие. Кожы сухая. Малое количество мочи, жажда, сухость во рту, тошнота, рвота. Раширение границ сердца влево, негромкий систолический шум на верхушке. Анемия. Резкое увеличение СОЭ. Артериальная гипотензия (обусловлена поражением надпочечников). Гепатомегалия. Спленомегалия. Терминальная (азотемическая) стадия амилоидоза соответствует клинике хронической почечной недостаточности, финалом которой является азотемическая уремическая кома. Особенностью амилоидоза почек является сохранение нефротического синдрома и больших размеров почек при развитии ХПН. Характерны также скудный мочевой осадок, редкость гематурии.

ЗАДАЧА №38.

Больной К., 25 лет. Полгода назад без видимой причины появились отеки, которые быстро narosли до степени анасарки, асцит, повысилось АД, выявлена протеинурия. В течение последнего месяца значительно ухудшилось зрение.

При осмотре: состояние тяжелое. Массивные отеки нижних конечностей, области поясницы, асцит. В легких везикулярное дыхание. Верхушечный толчок смещен влево и вниз. АД 230/140 мм рт. ст.

Общий анализ крови: Нв 87 г/л; лейкоциты 5,3 тыс., СОЭ 40 мм/час. Общий анализ мочи: белок 20 промилле, лейкоциты 10-12 в поле зрения, эритроциты 30-35 в поле зрения. Суточная протеинурия 18 г. Относительная плотность мочи в пробе Зимницкого 1010-1019 при суточном диурезе 0,8л. Биохимическое исследование крови: общий белок 45 г/л; альбумины 22 г/л; холестерин 4,0 ммоль/л, креатинин 450 мкмоль/л. Клубочковая фильтрация 40 мл/мин.

УЗИ: размеры почек одинаковы справа и слева - 13,7 см, отмечаются симметричные диффузные изменения коркового вещества. Глазное дно: артерии сетчатки резко сужены, контуры диска зрительного нерва расплывчаты, имеются очаги ишемии и геморрагии.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Первичный амилоидоз. Нефротический синдром. Артериальная гипертензия.

2) Общий анализ крови, мочи, кала. Суточная протеинурия. Проба по Зимницкому, Нечипоренко, Ребергу-Тарееву. Анализ мочи на БК. Биохимический анализ крови: общий белок, белковый фракции, мочевины, креатинин, серомукоид, сиаловые кислоты, фибрин, СРП, холестерин, триглицериды, липопротеин. Радиоизотопная ренография и сканирование почек. Ультразвуковое сканирование почек. Проба с метиленовой синью. Биопсия слизистой оболочки десны, прямой кишки – исследование биоптата на амилоидоз. Пункционная биопсия почки. Реакция связывания комплемента сывороткой крови больных. Исследование глазного дна, ЭКГ.

3) Диета с ограничением хлорида натрия. Ограничить продукты, содержащие казеин. Специфическое лечение – колхицин (в постепенно нарастающей дозе до 2 мг/сут). Унитиол. Димексид (1-5 мг внутрь). Делагил, плаквенил. Длительная терапия сырой обжаренной

печенью (от 80 до 120 мг ежедневно в течение года). Симптоматическое лечение нефротического синдрома.

4) AA-амилоидоз и AL-амилоидоз. Хронический гломерулонефрит. Хронический пиелонефрит. Сахарный диабет. Гипертоническая почка.

5) Массивная протеинурия, выраженная гипо- и диспротеинемия, значительная гипоальбуминемия, гипер- α_2 - глобулинемия, гипергаммаглобулинемия, гиперхолестеринемия, гипербеталипопротеинемия, гипертриглицеридемия. Выраженные отеки, отличающиеся рефрактерностью к диуретикам. Анасарка, нередко асцит, гидроторакс, гидроторакс. Волосы и ногти ломкие. Кожа сухая. Малое количество мочи, жажда, сухость во рту, тошнота, рвота. Раширение границ сердца влево, негромкий систолический шум на верхушке. Анемия. Резкое увеличение СОЭ. Артериальная гипотензия (обусловлена поражением надпочечников). Гепатомегалия. Спленомегалия. Особенностью амилоидоза почек является сохранение нефротического синдрома и больших размеров почек при развитии ХПН. Характерны также скудный мочевой осадок, редкость гематурии.

ЗАДАЧА №39.

Женщина 24 лет (кормящая мать 6-месячного ребенка) обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 38^оС, боли при мочеиспускании. Симптом поколачивания положительный. При осмотре изменения со стороны легких, сердца, органов брюшной полости не обнаружены. Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоциты 7,8x10⁹/л. Лейкоцитарная формула: п/я нейтрофилы 8%, с/я – 70%, лимфоциты 20%, моноциты 2%. СОЭ 25 мм/ч. Концентрация креатинина 90 мкмоль/л. Общий анализ мочи: отн. плотность 1022, белок – 0,03 г/л, эритроциты 0-1 в п/зр., лейкоциты 20-35 в п/зр., При бактериологическом исследовании мочи выделен энтерококк в концентрации 10⁵ микроорганизмов в 1 мл.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

1) Хронический цистит. Хронический пиелонефрит. Обострение. Артериальная гипертензия.

2) Общий анализ крови, мочи, кала. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Определение бактериурии – качественная проба с трифенилтетразолия хлоридом или нитрит-тест, подсчет количества бактерий в 1 мл мочи. Исследование мочи на стерильность и определение чувствительности флоры мочи к антибиотикам. Исследование мочи на БК. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, билирубин, трансаминазы, альдолаза, сиаловые кислоты, фибрин, серомукоид, СРП. Обзорная рентгенография области почек. Хромоцистоскопия. Выделительная пиелография, при недостаточной информативности-ретроградная пиелография. Радиоизотопная ренография, сканирование почек. Ультразвуковое сканирование почек. ЭКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева –исследование клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции по эндогенному креатинину.

3) При нарушении пассажа мочи - восстановление оттока из пораженной почки, в т.ч. оперативным путем. Диета и водно-солевой режим. Удаляют острые блюда и приправы, копчености, концентрированные соки. В активной фазе воспаления проводят длительное антибактериальное лечение непрерывно и прерывистыми курсами в соответствии с характером микрофлоры и антибиотикограммы. Антибиотики применять с учетом рН мочи и степени функциональной способности почек. При наличии хронической почечной недостаточности противопоказаны полимиксины, стрептомицин, тетрациклины. Дозы гентамицина, рифампицина, цефалоспоринов, нитрофуранов уменьшают в соответствии со степенью снижения клубочковой фильтрации. В обычных дозах применяют левомицетин, полусинтетические пенициллины (карбенициллин), эритромицин. Если через 5-7 дней лечебного эффекта нет, то антибиотик меняют. После месячного курса антибиотикотерапии рекомендуется 7-10 –дневный курс сульфаниламидными препаратами короткого действия

(Уросульфам) или комбинированными препаратами (бактрим), производные нафтиридина и 8-оксихинолина. После достижения ремиссии в первые 4-6 месяцев проводят ежемесячную 10-дневную антибактериальную терапию. В интервалах назначают фитотерапию (лист толокнянки, трава хвоща полевого, плоды можжевельника, корень солодки, лист брусники, почки березовые).

4) Хронический гломерулонефрит, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, амилоидоз почек, некротический папилит, первичный нефросклероз, гипоплазия почек, мультикистоз почек.

5) Симптомы бактериального воспаления (лихорадка, боль в пояснице, пиурия) при обострении. При субклиническом течении обращают на себя внимание периодические люмбагии и минимальные изменения мочи, неспецифические симптомы: общая слабость, утомляемость, анемия, снижение аппетита, тошнота, похудание, упорные головные боли. Дизурия-важный симптом. У многих больных с латентно текущим пиелонефритом заболевание манифестирует лишь при развитии хронической почечной недостаточности или присоединении осложнений. В клинической картине преобладают полиурия, никтурия, сильная жажда, резкое снижение относительной плотности мочи. Может развиваться псевдоаддисонов синдром, или синдром сольтеряющей почки – адреногенитальный синдром с потерей солей, для которого характерны ортостатические коллапсы, дегидратация, гиперкалиемия, или тяжелый канальцевый метаболический ацидоз с нарушениями фосфорно-кальциевого обмена (остеомалация, нефрокальциноз). Хронический пиелонефрит осложняется нефрогенной гипертонией.

ЗАДАЧА №40.

Больного 42 лет, беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр АД до 200/110 мм рт.ст. При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС 90 в минуту. АД 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв 72 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ 22 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок – 0,66 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр., лейкоциты 3-4 в п/зр. Креатинин сыворотки крови 1160 мкмоль/л. Калий крови 7,0 ммоль/л. Размеры почек при УЗИ: правая – 8,0 x 3,5 см, левая – 8,2 x 3,8 см., корковый слой почек подчеркнут и истончен.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. Объясните изменения в биохимическом анализе крови
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения

1. Хронический латентный гломерулонефрит, гипертоническая форма. Артериальная гипертония, III ст. ХПН 5 ст. Электролитные нарушения – гиперкалиемия. Анемия

2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, глюкоза, холестерин, мочевины, электролиты (К, Mg, Ca), КЩС, ренин, ангиотензин II, катехоламины в крови и моче, ванилил - миндальная кислота. Анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому. Рентгенологическое исследование грудной клетки. УЗИ и УЗДГ почек, надпочечников. ЭКГ, ЭХОКГ.

3. Нарастание стадии ХПН, декомпенсация, задержка электролитов.

4. Хр.пиелонефрит, амилоидоз почек, подагра, реноваскулярные заболевания – атеросклероз, иммунные васкулиты, болезнь Такаюсу, эндокринные артериальные гипертонии – синдром Конна, феохромоцитомы, тиреотоксикоз.

5. Диета должна содержать не менее 35 ккал/кг, главным образом, за счет жиров—185 г (из них 60% растительных) и углеводов — 250 г, белков 0,7/кг, т. е. 50 г. Лечение артериальной гипертонии – доксазозин, фозиноприл 10-20 мг/сут, Гемодез. Цитостатики – циклофосфан 150 мг/сут. Курантил 400 мг/сут. Гепарин 5000 ЕД x 3 р/д. п/к. Хофитол,

леспенифрил в/в и внутрь. Диувер 10-20 мг/сут, Лазикс 40 мг/сут в/в., препараты кальция. Препараты эритропозтина. Гемодиализ. Пересадка почки.

ЗАДАЧА №41.

Больной 38 лет длительно страдает гипертонической формой хронического гломерулонефрита. Врачей посещал редко, нерегулярно принимал гипотензивные препараты. В последнее время стал отмечать слабость, апатию, сухость и зуд кожи, никтурию, полиурию. В анализах крови Нв - 80 г/л, концентрация сывороточного креатинина 1200 мкмоль/л, калий 6,2 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации менее 10 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, PQ 0,26 с, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т остроконечные, с узким основанием.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

=1) Хронический гломерулонефрит. Терминальная стадия ХПН.

2) Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, билирубин (фракции). Подсчет СКФ (формула Кокрофта – Голта), КЩС. Анализ мочи общий, по Нечипоренко, по Зимницкому. Рентгенологическое исследование грудной клетки. Развернутый анализ крови. ЭКГ, ЭХОКГ.

3) Гемодиализ. Пересадка почек. Гемодез. Мочегонные, антагонисты кальция. Препараты эритропозтина. Бикарбонат натрия. Витаминотерапия.

4) Артериальная гипертензия реноваскулярная. Синдром Кона. Другие заболевания почек.

5) Артериальная гипертензия. Симптомы хронической почечной недостаточности: сухость кожных покровов, расчесы. Нарушение функции ЖКТ. Поражение сердечно-сосудистой системы (уремический перикардит). Плеврит, пневмонит. В терминальной стадии – олигоанурия, в биохимическом анализе – уменьшение общего белка, увеличение креатинина, мочевины. Гематологические нарушения.

ЗАДАЧА №42.

Больная 64 лет жалуется на ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которое возникло около 12 лет назад и постепенно прогрессирует. При осмотре обращают на себя внимание узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена. Со стороны внутренних органов патологии нет. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. Как называются выявленные изменения в области дистальных межфаланговых суставов?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначить медикаментозную терапию.

1) Первичный деформирующий остеоартроз дистальных межфаланговых суставов. Узелки Гебердена.

2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, креатинин, РФ, LE-клетки, антитела к гладкой мышечной ткани, к ДНК, антинуклеарный фактор. Рентгеновское исследование суставов. ЭКГ.

3) Узелки Гебердена.

4) Ревматоидный артрит, подагра, болезнь Кашина-Бека. Другие артропатии.

5) Ликвидация болевого синдрома (парацетамол при умеренных болях, НПВП при неэффективности парацетамола, трамадол). Нормализация обменных процессов и прежде

всего снижение массы тела, а также обменных процессов в суставном хряще (колхицин; внутрисуставное введение глюкокортикоидов при остеоартрозе с симптомами воспаления; препараты, содержащие хондроитин сульфат (по 750 мг 2 раза в сутки первые 3 недели, затем по 500 мг 2 раза в сутки на курс 6 месяцев) и глюкозамина сульфат (1500 мг/сут однократно 2-3 раза в неделю на курс 4-12 недель, курс повторяют 2-3 раза в год); производные гиалуроната для внутрисуставного введения (Остенил). Применение специальных приспособлений (повязок или надколенников, хождение с тростью), физиотерапия (местное применение поверхностного холода или тепла, ультразвуковая терапия, чрескожная электростимуляция). При неэффективности консервативного лечения проводят эндопротезирование суставов.

ЗАДАЧА №43.

Больная 32 лет жалуется на тупые боли во всех суставах конечностей, резкое ограничение движения в них и невозможность самостоятельно передвигаться, заболела в 20 лет, когда постепенно стали появляться боли в коленных суставах, через год появилась легкая припухлость суставов. Постепенно стала нарастать деформация и ограничение функции суставов, затем развилась контрактура коленных суставов. Состояние удовлетворительное, положение полупассивное, питание пониженное, суставы резко деформированы. Сгибательная контрактура коленных суставов. Анкилоз правого локтевого сустава. Пальпация суставов болезненная, мышцы конечностей атрофированы, внутренние органы - без патологии. В анализах крови обращает на себя внимание СОЭ - 44 мм/час, титры АСЛО - 832 ед., АСК - 600 ед., антигиалуронидазы - 825 ед.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Как объяснить изменения суставов?
3. План обследования больной.
4. Какие изменения могут быть на рентгенограмме коленных суставов?
5. Назначить медикаментозную терапию.

1) Ревматоидный артрит, IV стадия, II степень активности. ФН IV.

2) По мере развития болезни появляются деформации суставов, обусловленные пролиферативными изменениями синовиальной оболочки и капсулы сустава, а также деструкцией суставного хряща и прилежащей костной ткани. Возникают подвывихи, усугубляющиеся развитием контрактур вследствие поражения сухожилий в местах их прикрепления к костям.

3) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевиная кислота, креатинин, мочевиная, фибриноген, СРБ, РФ, LE-клетки, антитела к гладкой мышечной ткани, к ДНК, антинуклеарный фактор. Рентгеновское исследование суставов. Диагностическая пункция сустава с исследованием синовиального выпота. Пункционная биопсия синовиальной оболочки сустава с морфологическим исследованием. Рентгеновское исследование грудной клетки. ЭКГ.

4) Значительное разрушение хряща и кости, выраженное сужение суставной щели, подвывихи, девиации костей. Анкилоз.

5) Для лечения ревматоидного артрита используются следующие группы лекарственных средств: ненаркотические анальгетики (НПВС), глюкокортикоиды (пульс-терапия, локальная внутрисуставная терапия). Базисные противовоспалительные препараты: метотрексат – «золотой стандарт» при серопозитивном активном ревматоидном артрите; производные 4 –аминохинолина –гидроксихлорохин; сульфасалазин; лефлунамид. Препараты второго ряда - Препараты золота для парентерального приема (при неэффективности или непереносимости метотрексата, лефлунамида, сульфасалазина), Циклоспорин, Азатиоприн, D-пеницилламин, Циклофосфамид, Хлорамбуцил. Моноклональные антитела к фактору некроза опухоли -Инфликсимаб (Римикейд). При высокой степени активности используют комбинированную терапию. Хирургическое лечение.

ЗАДАЧА №44.

Мужчина 25 лет – боли локализуются в поясничном отделе позвоночника и ягодичных областях, тазобедренных и плечевых суставах. Утренняя скованность длится около 1 часа. На коже высыпаний нет.

Общий анализ крови - Нв – 123 г/л, лейкоц. – $6,2 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ – 34 мм/ч. ОАМ – без патологии.

При рентгенологическом исследовании крестцово-подвздошных суставов обнаружено симметричное эрозивное поражение суставных поверхностей, сужение суставных щелей. В поясничном отделе позвоночника – тонкие линейные синдесмофиты.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Функциональные пробы, используемые для определения подвижности позвоночника.
3. Какие проявления ожидаются со стороны глаз, лёгких, сердечно-сосудистой системы.
4. Как называется характерное изменение позвоночника при данном заболевании.
5. Вынужденная поза, характерная для больных с данной патологией.

1. Болезнь Бехтерева – ризомелическая форма.
2. «Подбородок-грудина», с-м Форестье, с-м Отта, с-м Шобера.
3. Острый ирит или иридоциклит, аортит с формированием аортального клапана, апикальный фиброз.
4. Позвоночник по типу «бамбуковой палки».
5. Поза «просителя».

ЗАДАЧА №45.

Больная, 24 года. Жалобы на головную боль, тошноту, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит. Настоящее ухудшение в течение 2-х месяцев.

Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Суставы не изменены. При пальпации мышц бедер отмечается болезненность. Дыхание везикулярное. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие, систолический шум на верхушке. Пульс 108 уд/мин, ритмичный. АД-150/90 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: гемогл.-64 г/л, эр.- $1,8 \times 10^{12}$ /л, л.- $4,2 \times 10^9$ /л, СОЭ-56 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес-1010, белок-1,2‰, в осадке до 40 эритроц. в п/зр. Холестерин сыворотки крови-6,4 ммоль/л, креатинин-124 мкмоль/л, общий белок – 51 г/л.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План дополнительного обследования больного
3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

1) Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение.

2) Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевины, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, ЦИК, активность комплемента, РФ, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ), ложноположительная реакция Вассермана, волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация окулиста, психиатра, невролога.

3) СКВ характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Поражение почек. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

4) Синдром хронической усталости, болезнь Лайма, лекарственная волчанка, гранулематоз Вегенера, ВИЧ-инфекция, хронический гломерулонефрит. Ревматоидный артрит.

5) Исключить психоэмоциональную нагрузку, уменьшить пребывание на солнце, не применять пероральные контрацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Медикаментозное лечение: НПВС, гидроксихлорохин, глюкокортикоиды при неэффективности НПВС и гидроксихлорохина. При высокой активности показана пульс-терапия метилпреднизолоном (500-1000 мг в/в капельно в течение не менее 30 минут 3 дня подряд). Циклофосфамид- препарат выбора при лечении волчаночного нефрита. Для поддержания индуцированной циклофосфамидом ремиссии назначают азатиоприн или мофетила микофенолат. Гипотензивные препараты. Плазмаферез.

ЗАДАЧА №46.

Мужчина 22 лет обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье особенно при физической нагрузке.

В прошлом были повторные простудные заболевания. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу камня желчного пузыря и желтухи.

Объективно: рост 165 см, масса тела 59 кг. Субэпителиальность склер. Селезенка на 2 см ниже края реберной дуги. В остальном без особенностей.

Ан.крови: Нв - 115г/л, Эр.4,5*10¹²/л, ретикулоциты - 14%, лейкоциты, тромбоциты—норма.

Билирубин-36.0мкмоль/л, свободный 31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

- 1.Как объяснить увеличение селезенки?
- 2.Каков характер заболевания: приобретенный или врожденный?
- 3.Какие исследования необходимы для уточнения диагноза, какие результаты ожидаются?
- 4.Какие осложнения могут быть?
5. Тактика лечения:

1.Повышенный гемолиз: субэпителиальность, увеличение непрямого билирубина, ретикулоцитоз.

2.Врожденный: наличие аналогичного заболевания у брата, т. е. семейный характер болезни — наследственная гемолитическая анемия, возможно Минковского-Шоффара. Отрицательная проба Кумбса говорит против аутоиммунного происхождения гемолиза.

3.Морфология эритроцитов—микросфероцитоз. Осмотическая резистентность эритроцитов — снижение. Гемоглобин плазмы крови — снижение, уровень железа — повышение.

4. Гемолитический криз, Разрыв селезенки — за счет массивного внутрисосудистого гемолиза.

Почечно-каменная болезнь и Разрыв селезенки — наблюдается при серповидно-клеточной анемии, дрепаноцитозе.

5. Спленэктомия.

Спленэктомия — метод выбора при наследственном сфероцитозе. Она не устраняет сфероцитоза, но позволяет уменьшить деструкцию эритроцитов и предупредить гемолитические кризы.

ЗАДАЧА №47.

У 30-летнего больного, подвергшегося действию ионизирующего излучения, слабость, головокружение, лихорадка, синяки на теле, повторные носовые кровотечения, язвенно-некротическая ангина. Лимфатические узлы, печень и селезенка не увеличены.

В гемограмме: Нв 50г/л; эр. 1,5 млн.; цв. показатель 1,0; ретикулоциты 1%; тромбоциты 28 тыс., лейкоциты 2,0 тыс.; эозинофилы - 0; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные - 35%; лимфоциты - 52%; моноциты - 8%; СОЭ - 55 мм/час. Пунктат костного мозга скудный. При трепанобиопсии выявлено резкое преобладание жирового костного мозга над кроветворным.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

- 1) Лучевая болезнь. Апластическая анемия.
- 2) Развернутый анализ крови в динамике. Общий анализ мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, холестерин, глюкоза, мочевиная кислота. ЭКГ. Посев крови и мочи. Взятие мазков из горла на посев.
- 3) Противомикробная терапия антибиотиками широкого спектра действия, полоскание рта и глотки бактерицидными и дубящими веществами. При снижении тромбоцитов менее 20 000 – переливание тромбоцитарной массы. Эритропоэтин.
- 4) Метапластическая анемия, лейкозы, другие анемии
- 5) Клиническая картина различна и зависит от дозы и сроков, прошедших после облучения. Болезнь проходит несколько периодов: первичной реакции (рвота, повышение температуры, головная боль, непосредственно после облучения), периода разгара (разнообразные инфекционные процессы во время агранулоцитоза) и периода восстановления. Костномозговой синдром (агранулоцитоз, тромбоцитопения). Некротическая энтеропатия, язвенно-некротические изменения полости рта, глотки, пищевода, прямой кишки, заднего прохода, влагалища. Кожные проявления.

ЗАДАЧА № 48.

Больная 63 лет, жалобы на общую слабость и одышку при ходьбе, постелено нарастающие в течение нескольких месяцев.

Анамнез без особенностей. Питание достаточное, вредных привычек нет. Медикаменты не принимала.

Объективно: бледность и субиктеричность слизистых и кожи. Седые волосы. Язык гладкий, красный.

Анализ крови: Нв - 83 г/л, Эр. 2,3-1012/л, ретикулоциты 2%, тром-боциты 11х10⁹/л, лейкоциты 3,5-10⁹/л. Анизо-пойкилоцитоз, поли-сегментированные нейтрофилы. Железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32 мкмоль/л, непрямо 27 мкмоль/л.

Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

- 1.Какая анемия наиболее вероятна и почему?
- 2.Какие особенности эритроцитов могут быть обнаружены?
- 3.Какие могут быть изменения при неврологическом обследовании?
- 4.Какие возможные особенности миелограммы?
- 5.Какова тактика лечения?

1.В12-дефицитная анемия (Аддисон-Бирмера): постепенное начало, пожилой возраст, отсутствие кровотечений и пролиферативных синдромов, глоссит, панцитопения, признаки повышенного гемолиза эритроцитов (увеличение непрямого билирубина).

2.Макроцитоз, мегалоциты, мегалобласты.

Мегалобласты — эритробласты большого размера с асинхронизмом в созревании ядра (задержка) и цитоплазмы (норма), богатой гемоглобином.

3.Нарушения глубокой чувствительности в дистальных отделах конечностей.

4.Гиперцеллюлярный костный мозг, богатый эритробластическими элементами, в том числе мегалобластами.

5.Монолечение витамином В12 в больших дозах (1000 мкг/сут в/м) для восстановления депо витамина в печени.

ЗАДАЧА № 49.

Мужчина 26 лет, госпитализирован по поводу кровотечения из десен, лихорадки, общей слабости, одышки при ходьбе.

Заболел неделю назад. Прием медикаментов или профессиональную интоксикацию отрицает.

Объективно: температура 39°C. Бледность, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Множественные петехии и подкожные кровоизлияния. Пульс 110/мин. АД ПО/60 мм рт. ст. На верхушке сердца дующий систолический шум. Печень и селезенка не прощупываются.

Ан. крови: Нв 56 г/л, лейкоциты 2-109/л, эоз 1%, баз. 1%, нейтр. 30%, лимф. 62%, мон. 6%, ретикул. 0,1%, тромбоциты 20-109/л.

Вопросы:

1. Вероятный диагноз.
2. Что ожидается в миелограмме?
3. Какие другие дополнительные исследования?
4. Какие направления лечения необходимы?
5. Прогноз заболевания.

1. Агранулоцитоз и тромбоцитопения у больного имеются, но составляют только часть всей клинической картины. Для апластической анемии имеется характерная панцитопения, но системное увеличение лимфоузлов, печени и селезенки это предположение исключает. Для лимфогранулематоза характерно также быстрое прогрессирующее течение с панцитопенией. Если это лейкоз, то лейкопеническая (алейкемическая) форма.

2. Гиперцеллюлярный костный мозг с преобладанием лейкобластических (бластных) элементов определенного вида и угнетением эритроидного и мегакариоцитарного ростков.

3. Рентгенография грудной клетки — для выявления возможного инфекционно-воспалительного процесса. Посев крови — для выбора антибактериальной терапии.

4. По возможности асептические условия, гемотрансфузии, антибиототики, индукция костномозговой ремиссии путем курсовой комбинированной химиотерапии.

5. При проведении химиотерапии средняя продолжительность жизни 3-4 года. Смерть наступает в период бластного криза от инфекционных и геморрагических осложнений.

ЗАДАЧА №50.

Больная 18 лет обнаружила у себя плотный узелок в правой надключичной области, который в течение последующих 3 месяцев увеличился до размеров грецкого ореха. При обследовании выявлены 2 увеличенных, плотных лимфоузла в подмышечной области слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Пульс-90 в мин., ритмичный. АД-110/70. При аускультации сердца - тахикардия, тоны несколько приглушены, систолический шум у верхушки. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, несколько плотная. Селезенка увеличена на 3 см.

Выполнена биопсия надключичного узла: в мазках-отпечатках обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

1. Предполагаемый диагноз.
2. План дополнительного обследования больного.
3. Какая стадия заболевания?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения

1. Лимфогранулематоз (Болезнь Ходжкина).

2. Общий анализ мочи и крови. УЗИ брюшной полости, средостения. Рентгенография грудной клетки и компьютерная томография. Радиоизотопная лимфография. Стернальная пункция. Трепанобиопсия.

3. I стадия с поражением правых надключичных лимфоузлов.

4. Хронические лимфопролиферативные заболевания: неходжкинские лимфомы. Вторичные лимфоаденопатии – туберкулез, саркоидоз, миелолейкоз.

5. лучевая терапия и полихимиотерапия (схема ВЕАСОРР- базовый: циклофосфан - 650 мг/м² в 1 день, этопозид - 100 мг/м² с 1 по 3 день, доксорубин- 25 мг/м² в 1 день, блеомицин- 10 мг/м² в 8 день, винкристин - 1,4 мг/м² в 8 день, натулан - 100 мг/м² с 1 по 7

день, преднизолон - 40 мг/м² с 1 по 14 день - 6 курсов с повторными курсами на 22 день после начала предыдущего)

III. Вопросы для собеседования.

Вопросы для подготовки к ГИА (ординатура) по специальности «Терапия».

1. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Классификация дислипидемий. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. Профилактика.
2. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Течение и исходы ОКС.
3. Острый коронарный синдром: определение, формы. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Течение и исходы ОКС. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST.
4. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, патоморфология. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Варианты гемодинамических изменений при остром ИМ. Методы визуализации при инфаркте миокарда.
5. Инфаркт миокарда. Тактика ведения пациентов. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Диагностика и лечение ранних и поздних осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда.
6. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальная диагностика. Методы диагностики. Понятие о предстеновой вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии.
7. Общие принципы лечения пациентов с установленным диагнозом ИБС. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.
8. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, патогенез и прогноз, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов. Безболевая ишемия миокарда: диагностика, тактика ведения пациентов. Прогноз.
9. Постинфарктный кардиосклероз: варианты клиники и течения. Аневризма левого желудочка: клиника, диагностика, лечение. Ишемические синдромы. Ишемическая кардиомиопатия: этапы развития, диагностика, лечение.
10. Врожденные пороки сердца у взрослых. Эпидемиология. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация.
11. Стеноз аортального клапана. Виды стеноза аортального клапана. Этиология. Изменения гемодинамики при аортальном стенозе. Диагностика и определение тяжести порока. Дифференциальный диагноз. Лечение.
12. Недостаточность аортального клапана. Этиология острой и хронической аортальной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Определение выраженности аортальной регургитации. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Тактика ведения больных.
13. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология и патогенез. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика и определение степени выраженности стеноза. Осложнения. Тактика ведения больных.
14. Митральная недостаточность. Этиология острой и хронической митральной недостаточности. Изменения гемодинамики. Клиника. Диагностика.

- Дифференциальная диагностика. Осложнения. Тактика ведения больных.
15. Пороки трехстворчатого клапана. Изменения гемодинамики. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
 16. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Диагностика. Тактика лечения пациентов. Прогноз, профилактика, реабилитация.
 17. Гипертоническая болезнь. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Диагностика, дифференциальный диагноз. Профилактика и лечение гипертонической болезни.
 18. Симптоматические артериальные гипертонии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
 19. Гипертрофическая кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Морфологические типы. Патогенез и патоморфология. Клиническая картина. Гемодинамические типы. Диагностика, дифференциальный диагноз, показания к генетическому тестированию. Прогноз. Алгоритм ведения пациентов.
 20. Дилатационная кардиомиопатия. Эпидемиология. Этиология. Формы. Молекулярные дефекты. Воспалительная кардиомиопатия. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
 21. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальная диагностика при перикардальном выпоте. Лечение.
 22. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, стратификация риска. Диагноз, дифференциальная диагностика, прогноз. Тактика ведения пациентов.
 23. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации. Диагноз и дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов хронической сердечной недостаточностью. Профилактика.
 24. Синкопальные состояния. Причины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
 25. Тахикардии с узкими и широкими комплексами QRS – дифференциальная диагностика. Классы антиаритмических препаратов. Тактика ведения пациентов. Показания к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения.
 26. Нарушения проводимости сердца: этиология, патогенез, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции.
 27. Синдром легочной гипертензии. Классификация, патогенез, клинические проявления. Диагностика, дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
 28. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
 29. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Определение понятия. Этиология, патогенез, патоморфология. Нозологические формы. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести. Дифференциальный диагноз.
 30. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология, патогенез, патоморфология. Диагностика. Лечение ХОБЛ стабильного течения и обострений ХОБЛ. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).
 31. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, классификация, фенотипы. Диагностика и

- дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
32. Синдром легочного инфильтрата. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация. Клиническая картина и критерии диагноза. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика.
 33. Пневмонии. Классификация. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии. Критерии пневмонии тяжелого течения. Инфекционно-токсический шок. Сепсис. Современные подходы к лечению пневмоний. Критерии эффективности лечения.
 34. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз, реабилитация.
 35. Синдром трахеобронхиальной дискинезии. Классификация дискинезий и дисплазий бронхов. Вторичные бронхоэктазы и бронхоэктатическая болезнь. Вклад наследственной патологии. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
 36. Диффузные интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.
 37. Синдром легочной диссеминации. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
 38. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
 39. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение.
 40. Дыхательная недостаточность. Виды: острая, хроническая. Обструктивный и рестриктивный типы. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания.
 41. Синдром дисфагии. Врожденные аномалии пищевода. Функциональные болезни пищевода, этиология и патогенез. Вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.
 42. Гастриты. Классификации, этиология и патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Клинические аспекты пилорического хеликобактериоза. Острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.
 43. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз.
 44. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицированности *Helicobacter pylori* и оценки эффективности эрадикационной терапии. Тактика ведения пациентов.
 45. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
 46. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика,

дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

47. Хронические гепатиты: эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Диагностика и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
48. Цирроз печени: эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, синдромы, диагностика, дифференциальная диагностика, исходы заболевания. Принципы лечения цирроза печени.
49. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность, портальная гипертензия. Гепаторенальный синдром. Гепатопульмональный синдром. Патогенез, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
50. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Идиопатический гемохроматоз и гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
51. Стеатогепатиты. Поражение печени при алкогольной болезни и неалкогольном стеатогепатите. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
52. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз. Холангиты. Этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
53. Острые и хронические панкреатиты, классификация, клинические проявления. Диагностика и дифференциальный диагноз. Осложнения острого панкреатита. Синдром панкреатической недостаточности. Лечение.
54. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.
55. Дифференциальная диагностика синдрома диареи.
56. Энтеропатии: целиакия, болезнь Гордона, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез, патоморфология. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
57. Воспалительные заболевания кишечника: язвенный колит и болезнь Крона. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов. Прогноз. Реабилитация.
58. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Дисбиоз кишечника.
59. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
60. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
61. Виды заместительной почечной терапии и техника ее проведения. Выбор метода заместительной почечной терапии. Проблемы и осложнения заместительной почечной терапии. Тактика ведения пациентов.
62. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
63. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных.
64. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы ведения пациентов.
65. Ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация,

- клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика. Системные проявления. Особые формы ревматоидного артрита. Тактика ведения пациентов ревматоидным артритом. Генно-инженерная терапия. Реабилитация.
66. Остеоартроз. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
 67. Микрористаллические артропатии. Этиология, патогенез, классификация, патоморфология, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Современная тактика ведения пациентов.
 68. Реактивные артропатии. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Тактика ведения пациентов.
 69. Псориатическая артропатия. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Лечение.
 70. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностические критерии, дифференциальная диагностика. Системные проявления. Современная тактика ведения пациентов.
 71. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения. Диагностические критерии и дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика обострений.
 72. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, критерии, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
 73. Болезнь Шегрена. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, критерии, лабораторная диагностика, лечение.
 74. Воспалительные миопатии. Этиология и патогенез. Классификация, клинические проявления, варианты течения. Критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
 75. Этиология и патогенез системных васкулитов. Патоморфология. Классификация васкулитов. Органные поражения. Принципы дифференциального диагноза. Общие принципы ведения пациентов. Прогноз.
 76. Васкулиты с поражением преимущественно артерий крупного калибра: артериит Такаясу, болезнь Хортона. Ревматическая полимиалгия. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
 77. Васкулиты с поражением преимущественно артерий среднего калибра: узелковый полиартериит, болезнь Кавасаки. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
 78. АНЦА-ассоциированные васкулиты. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 79. Классификация и патогенез системных васкулитов. Иммунокомплексные васкулиты. Нозологические формы. Клиническая картина. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
 80. Классификация анемий. Этиология, патогенез. Гипохромные анемии. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
 81. Классификация анемий. Мегалобластные анемии. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения пациентов.

82. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
83. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
84. Хронические миелопролиферативные заболевания. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
85. Миелодиспластический синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
86. Болезнь Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
87. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
88. Паранеплазматические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
89. Тромбоцитопении. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
90. Тромбоцитопатии. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
91. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
92. Тромбофилии. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз.
93. Анафилактический шок и анафилактоидные реакции. Дифференциальный диагноз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Крапивница. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, интенсивная терапия.
94. Диффузный токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация.
95. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз.
96. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Лечение неосложненного сахарного диабета 1 и 2 типов.
97. Комы при сахарном диабете. Гиперкетонемическая (кетоацидотическая) кома. Гипогликемическая кома. Гиперосмолярная кома. Гиперлактацидемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
98. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы интенсивной терапии.
99. Гипотиреозы и микседема. Этиология, патогенез. Клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация.

100. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз.
101. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм ожирения. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация.