

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 06.03.2024 14:32:38
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 14
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва 2023

Содержание

- 1 ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 2 МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
- 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 4 ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 5 ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 6 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 7 ПРИМЕРНЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 8 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
- 9 СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ И МЕТОДИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
- 10 ПРИЛОЖЕНИЕ

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель – определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина).

Задачи:

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации врача общей практики (семейной медицины);
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 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) завершается присвоением квалификации "Врач общей практики (семейной медицины)".

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ (КОМПЕТЕНЦИИ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЯ), ПРОВЕРЯЕМЫЕ В ХОДЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

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	УК-1.ИД.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
		УК-1.ИД.2 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	УК-2.ИД.1 Участвует в разработке и управлении проектом.
		УК-2.ИД.2 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	УК-3. ИД.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей
		УК-3. ИД.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели.
		УК-3. ИД.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей.
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках	УК-4. ИД.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами,

	своей профессиональной деятельности	пациентами и их родственниками.
		УК-4. ИД.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4. ИД.3 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	УК-5. ИД.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5. ИД.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5. ИД.3 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	Код и 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	ОПК-1. ИД.1 Использует информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
		ОПК-1. ИД.2 Соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки	ОПК-2. ИД.1 Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан

	качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2. ИД.2 Проводит анализ и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3. ИД.1 Осуществляет педагогическую деятельность
		ОПК-3. ИД.2 Использует педагогические методы в профессиональной практике
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4. ИД.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов
		ОПК-4. ИД.2 Направляет пациентов на клиническую диагностику, обследования и интерпретирует результаты
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5. ИД.1 Осуществляет назначение медикаментозного и/или немедикаментозного лечения пациентам
		ОПК-5. ИД.2 Оценивает и контролирует эффективность и безопасность лечения пациента
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6. ИД.1 Определяет план реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		ОПК-6. ИД.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7. ИД.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу
ОПК-7. ИД.2 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	ОПК-8. ИД.1	Проводит разъяснительные мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-8. ИД.2	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	ОПК-9. ИД.1	Проводит анализ медико-статистической информации
	ОПК-9. ИД.2	Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, использует в работе персональные данные пациента и сведения, составляющие врачебную тайну
	ОПК-9. ИД.3	Контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10. ИД.1	Оценивает состояние пациента, определяет показания и противопоказания к неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
	ОПК-10. ИД.2	Оказывает неотложную 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	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях	ПК-1. ИД.1 Проводит обследование пациентов с целью постановки диагноза
		ПК-1. ИД.2 Назначает лечение пациентам, контролирует его эффективность и безопасность
		ПК-1. ИД.3 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		ПК-1. ИД.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
		ПК-1. ИД.5 Оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах
		ПК-1. ИД.6 Оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях
		ПК-1. ИД.7 Оказывает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях
		ПК-2. Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям
Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-3. ИД.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача
		ПК-3. ИД.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа
		ПК-3. ИД.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

4. ФОРМА И СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) 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 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина). 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 задаче 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	ОПК-4 ИД1; ОПК-4 ИД.2; ОПК-5. ИД.1; ОПК-8. ИД.1; ОПК-9. ИД.1; ОПК-10 ИД.1; ПК-1. ИД.1; ПК-1. ИД.2; ПК-1 ИД.3; ПК-1 ИД.4; ПК-1

	ИД.-5; ПК-1 ИД. 6; ПК-1 ИД.7; ПК-2. ИД.1
2 этап – практические навыки	УК-4 ИД.1; ОПК-1 ИД.1; ОПК-4 ИД1; ОПК-4 ИД.2; ОПК-5. ИД1; ОПК-5. ИД.2; ОПК-8. ИД.1; ОПК-10 ИД.1; ОПК-10 ИД.2 ПК-1. ИД.1; ПК-1. ИД.2; ПК-1 ИД.3; ПК-1 ИД.4; ПК-1 ИД.-5; ПК-1 ИД. 6; ПК-1 ИД.7; ПК-2. ИД.1; ПК-3. ИД.1
3 этап – устное собеседование	УК-1 ИД.1 УК-1 ИД.2; УК-3 ИД.3; ОПК-2 ИД.2; ОПК-4 ИД1; ОПК-4 ИД.2; ОПК-5. ИД1; ОПК-6 ИД.1; ОПК-8 ИД.1; ОПК-8 ИД.1; ОПК-9. ИД.1; ОПК-10 ИД.1; ПК-1. ИД.1; ПК-1. ИД.2; ПК-1 ИД.3; ПК-1 ИД.4; ПК-1 ИД.-5; ПК-1 ИД. 6; ПК-1 ИД.7; ПК-2. ИД.1

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 государственного бюджетного учреждения

здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского».

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 71 % и более правильных ответов оценивается оценкой «зачтено», а на 70 % и менее 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 этап)

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 (2 этап)

1. Профиль внутренние болезни (Кардиология, Ревматология, Нефрология, Гастроэнтерология, Пульмонология, Гематология, Эндокринология)

1.1 Продемонстрировать (рассказать):

1.1 Методику осмотра амбулаторного пациента:

сбор жалоб и анамнеза;

физикальное обследование.

1.2 Оценить:

тяжесть состояния и тактику ведения амбулаторного больного (амбулаторное лечение или госпитализация больного);

данные лабораторных и инструментальных методов

обследования амбулаторного больного;

результаты диспансеризации, сделать заключение и провести индивидуальное консультирование по результатам диспансеризации;

скрининг гериатрических синдромов и разработать план дальнейшего ведения пациента;

- 1.3 Оценить данные лабораторных исследований и сделать заключение:
клинический анализ крови;
общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба по Зимницкому, анализ на микроальбуминурию, бактериологическое исследование мочи;
биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях;
- 1.4 Оценить результаты инструментальных методов исследования и сделать заключение:
ЭКГ;
ЭХО-КГ;
СМАД
Рентгенография (органы грудной клетки, суставы)
Фиброэзофагогастродуоденоскопия;
УЗИ органов брюшной полости;
Колоноскопия;
Ирригоскопия;
Спирометрия;
Пикфлоуметрия;
2. Профиль хирургия, травматология, ортопедия.
 - 2.1 Провести осмотр амбулаторного хирургического пациента.
 - 2.2 Продемонстрировать и рассказать:
Методику проведения местной и инфильтрационной анестезии;
Методику хирургической обработки ран или инфицированной ткани;
Методику удаления поверхностно расположенного инородного тела;
Методику снятия швов, обработки ожоговой поверхности, наложения повязок;
Методику остановки наружного кровотечения;
Методику катетеризации мочевого пузыря мягким эластическим катетером;
Методику пальцевого исследования прямой кишки и предстательной железы;
Методику транспортной иммобилизации при переломах костей конечностей, позвоночника и вывихах;
Методику удаления клеща
3. Профиль акушерство и гинекология.
 - 3.1. Продемонстрировать и рассказать:
Методику обследования беременных:
 - общий осмотр;
 - определение беременности и ее срока;
 - определение предполагаемой даты родов;Методику определения размеров таза;
Методику пальпации и аускультации плода;
Методику исследования с помощью гинекологических зеркал;
Методику двуручного (влагалищно-брюшно-стеночное, бимануальное) исследования, прямокишечного (ректальное), прямокишечно-брюшно-стеночного исследования, ректо-влагалищного исследования.
4. Профиль офтальмология.
 - 4.1 Продемонстрировать и рассказать:
Методику клинического исследования глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века, слезной железы, определение подвижности глазных яблок);
Методику осмотра переднего отдела глаза методом бокового освещения;

Методику осмотра глубоких сред методом проходящего света

Методику проведения офтальмоскопии.

Методику определения остроты зрения.

Методику определения цветового зрения.

Методику измерения внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия).

Методику взятия и приготовления мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы.

Методику удаления из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу.

5. Профиль оториноларингология.

5.1 Продемонстрировать и рассказать:

Методику риноскопии;

Методику фарингоскопии;

Методику непрямой ларингоскопии;

Методику отоскопии и отоскопии с помощью оптики;

Методику определения проходимости слуховой трубы;

Методику проведения речевой аудиометрии;

Методику взятия и приготовления мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха;

Методику передней тампонады носа;

Методику промывания лакун миндалин;

Методику удаления ушной серы;

Методику удаления инородного тела из наружного слухового прохода;

Методику первичной хирургической обработки раны наружного уха, носа.

6. Профиль неврология.

6.1 Продемонстрировать и рассказать:

Осмотр неврологического больного:

- определение менингеальных симптомов;

- моторных качеств (позы, мышечный тонус, контрактуры, атрофия мышц);

Методику исследования 12 пар черепно-мозговых нервов;

Методику определения патологических рефлексов;

Методику исследования рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек);

Методику тактильной и болевой чувствительности, оценки координации движений.

7. Профиль педиатрия.

7.1 Оценить состояние и физическое развитие детей разного возраста:

Оценить и составить график вакцинации. Интерпретировать результаты пробы Мату, Диаскин-теста;

Рассчитать и скорректировать питание детей первого года жизни;

Рассчитать и скорректировать питание больных детей различных возрастов и групп здоровья;

Рассчитать и скорректировать питание здорового ребенка старше года: здоровых детей раннего возраста,

больных детей различных возрастных групп.

7.2 Продемонстрировать и рассказать:

Методику проведения простейших лечебных манипуляций:

- обработка пупочной ранки

- утренний туалет новорожденного и грудного ребенка
- гигиенический массаж новорожденного
- закапывания капель в глаза
- лекарственная клизма
- промывание желудка
- использование дозированного ингалятора
- использование спейсера
- использование небулайзерного ингалятора

8 Профиль дерматовенерология.

8.1 Продемонстрировать и рассказать:

Методику диаскопии.

Методику приготовления мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок.

9. Профиль стоматология.

9.1 Продемонстрировать и рассказать:

Методику осмотра полости рта, зубов, пародонта, слизистой оболочки полости

7.3. Пример заданий 3 этапа - итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) представлен в примере билета.

Пример билета

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»
Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) и профпатологии

Билет № 1

*для проведения государственной итоговой аттестации
по специальности «31.08.54 Общая врачебная практика (семейная
медицина)»*

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.

1. Глаукома. Классификация. Диагностика, лечение. Профилактика. Тактика врача общей практики.
2. Диспансеризация и профилактические осмотры

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Основная литература:

№ п/п	Наименование	Автор	Год и место издания	Наличие литературы	
				В библиотеке	
				Кол. экз.	Электр. адрес ресурса
1	2	3	4	7	8
1	Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2 т. Т. 1.	под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441640.html
2	Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2 т. Т. 2.	под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448335.html
3	Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. - Т. 1 (Серия "Национальные руководства")	под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455203.html
4	Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. - Т. 2 (Серия "Национальные руководства")	под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html
5	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		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463413.html
6	Внутренние болезни: учебник	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html
7	Внутренние болезни. учебник В 2 т. /Т. 1. :	Моисеев В. С. , Мартынов А. И. , Мухин Н	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015		http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433102.html

8	Внутренние болезни: учебник: в 2 т. /Т2.	Моисеев В. С. , Мартынов А. И. , Мухин Н	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2019		http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970453155.html
9	Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации	В.А. Ахмедов	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2016		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438725.html
10	Клинические нормы. Терапия.	В. Н. Ларина. -	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021.		DOI: 10.33029/9704-6297-3-CST-2021-1-256. - ISBN 978-5-9704-6297-3
11	Клинический диагноз в педиатрии (формулировка, классификации): руководство для врачей.	Ю. С. Сергеев.	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021.		- DOI: 10.33029/9704-6292-8-CDP-2021-1-384. - ISBN 978-5-9704-6292-8.
12	Справочник врача- педиатра (согласно Федеральным клиническим рекомендациям	Р. Р. Кильдиярова	- Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021.		DOI: 10.33029/9704-6342-0-SPR-2021-1-288. - ISBN 978-5-9704-6342-0.
13	Скорая медицинская помощь: национальное руководство.	под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина.	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462393.html
14	Неонатология. Клинические рекомендации	под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462133.html
15	Неотложная помощь в гинекологии	Дубровина С. О. , Новиков Е. И. , Лапшин В. Н. , Василенко Л. В.	Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2020.		URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453056.html
16	Неотложная акушерско- гинекологическая помощь девочкам и девушкам- подросткам : краткое руководство для врачей	В. М. Шайтор, А. В. Емельянова.	Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2020.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453780.html

Дополнительная литература:

№ п/п	Наименование	Автор		В библиотеке
-------	--------------	-------	--	--------------

			Год и место издания	Кол. экз.	Электр. адрес ресурса
1	2	3	4	5	6
1	Неврология: национальное руководство: в 2-х (Серия "Национальные руководства)	под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461594.html
2	Справочник врача-оториноларинголога.	В. В. Вишняков.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html
3	Эндокринология: национальное руководство	под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460542.html
4	Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т.-	под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462584.html
5	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-		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463567.html
6	Практическая пульмонология: руководство для врачей.	под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитонова.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457801.html
7	Симптомы и синдромы в гериатрии.	Л. П. Хорошнина	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html
8	Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание.	под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456088.html
9	ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство	под ред. В. В. Покровского..	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454213.html
10	Права врачей	А. А. Понкина, И. В. Понкин	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454329.html
11	Поражения кожи при болезнях внутренних органов: руководство для врачей	Д. В. Заславский, А. А. Сыдинов, В. А. Охлопков, Р. А. Насыров ;	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453797.html

		под ред. Д. В. Заславского			
12	Кардиология. Национальное руководство	Краткое издание / под ред. Е. В. Шляхто	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453971.html
13	Врачебные ошибки: причины, анализ и предупреждение	М. М. Махамбетчин	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457962.html
14	Офтальмология Национальное руководство. Краткое издание	под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451250.html
15	Национальное руководство по глаукоме: для практикующих врачей / -	под ред. Е. А. Егорова, В. П. Еричева.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454923.html .
16	Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела : учебник	под ред. С. И. Двойникова. -	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460177.html
17	Редкие и интересные клинические случаи в практике интерниста. -	под ред. Р. Г. Сайфутдинова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020		https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456385.html

Перечень информационных справочных систем, необходимых для освоения дисциплины:

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – <https://rsmu.ru.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно- методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК);

2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

Другие ИСС:

1. <http://www.consultant.ru/>
2. <https://www.monikiweb.ru>

3. <https://emll.ru/newlib/>
4. <http://www.elibrary.ru>

Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://pravo-minjust.ru/>
2. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
4. <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
5. <https://grls.rosminzdrav.ru>

Фонд оценочных средств для проведения итоговой государственной аттестации

I. Тестовые задания**1. Общая врачебная практика (семейная медицина)**

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 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 финансирование 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 Р 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 Р 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 грааций
- 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) переходящая 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
- в) 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
- в) 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) холодная

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 увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

- а) гидроперикард
- 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) узловатая 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
аминокапроновая 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 ПВ 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) мочевины +
- г) мочевого кислоты

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 отдельные 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 ребенка 10 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 железы
- г) повышения захвата ^{131}I щитовидной железы +
- 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

141. Наиболее частой причиной задержки развития у детей является:

- а) муковисцидоз
- б) кишечная мальабсорбция +
- в) психосоциальная депривация
- г) хромосомные нарушения
- д) злокачественные опухоли

142. При осмотре двухмесячного ребенка врач общей практики выявил грубый пансистолический шум с максимумом в третьем-четвертом межреберье, проводящийся экстракардиально. Со слов мамы ребенок высасывает из груди 130-140 грамм молока. Объективно: ребенок активен, физическое развитие соответствует возрасту. ЧСС 120 в мин., ЧД 36 в 1 мин. Над легкими пуэрильное дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Ребенка необходимо отправить:

- а) в кардиологическое отделение стационара
- б) в соматическое отделение стационара
- в) на консультацию к педиатру
- г) на консультацию к кардиохирургу +

143. Двухлетнему ребенку 2 недели назад сделали прививку АКДС. После этого за ночь появились отеки всего туловища. Анасарка. Мочи выделяется мало. Предположительный диагноз:

- а) острый гломерулонефрит
- б) аллергическая реакция
- в) нефротический синдром липоидного нефроза +
- г) острый пиелонефрит

144. Ребенку 5 лет. Накануне вечером мать заметила за ушами и на волосистой части головы пузырьковую сыпь. К утру появился насморк, элементы сыпи на туловище. Температура тела 37,5°C. Ваш диагноз:

- а) скарлатина
- б) ветряная оспа +
- в) корь
- г) псевдотуберкулез

д) аллергическая сыпь

145. Вызов врача на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0°C. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 ч. Предположительный диагноз:

- а) острый пиелонефрит
- б) острый гломерулонефрит +
- в) цистит
- г) атонический мочевой пузырь
- д) пузырно-мочеточниковый рефлюкс

146. Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела в течение суток повышалась до 38,0-40,0°C; озноб. Девочка осунулась. Мочится часто, моча мутная, при мочеиспускании болей нет. Вероятный диагноз:

- а) острый цистит
- б) острый уретрит
- в) острый гломерулонефрит
- г) острый пиелонефрит +

147. У ребенка 10 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 хроническом пиелонефрите
- г) об эхинококкозе почек

148. Ребенку 1 год 7 мес. Жалобы на внезапный кашель, одышку, которая исчезла через 15 мин. При осмотре: температура тела нормальная, ребенок активен, при аускультации легких слева в верхней доле свистящие хрипы на выдохе, перкуторно коробочный звук. Предположительный диагноз:

- а) бронхиальная астма
- б) обструктивный бронхит
- в) инородное тело бронха +
- г) коклюш

149. Ребенку 7 лет. Болен 5-й день. Температура тела 37,6°C. Жалобы на затрудненное дыхание, инспираторную одышку, слабость. При осмотре: налеты в зеве, речь шепотом, кожа бледная, ЧСС 120 в 1 мин, глухие тоны, левая граница сердечной тупости на 2 см кнаружи от соска. Предположительный диагноз:

- а) ложный круп
- б) ангина
- в) ревматизм
- г) ОРВИ, миокардит +
- д) дифтерия

150. На приеме мама жалуется на отсутствие активного гуления у ее шестимесячного ребенка. Выберите одно неправильное объяснение этого факта.

- а) до 6 мес. отсутствие активного гуления может являться вариантом нормы+
- б) у ребенка снижена острота слуха. Необходимо направить ребенка на консультацию к сурдологу, генетику
- в) отставание в психомоторном развитии вследствие патологии ЦНС

г) отставание в развитии может быть у соматически ослабленного ребенка

151. Патронажный осмотр новорожденного 7 дней дал следующую картину: пузыри в нижней половине живота, на конечностях, в складках на разных стадиях развития (размеры от 0,5 до 1,5 см в диаметре), наполненные серозно-гнойным содержимым, основание пузырей несколько инфильтрировано на фоне эритематозных пятен). Симптом Никольского отрицательный. После вскрытия пузырей остаются эрозии. Корки на месте бывших пузырей не образуются. Общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела субфебрильная. Ваш диагноз:

- а) врожденный буллезный эпидермолиз +
- б) врожденный сифилис
- в) синдром Лайелла
- г) эксфолиативный дерматит Риттера
- д) пемфигус (пузырчатка новорожденного)

152. Ученица 10 класса жалуется на резкий озноб, мучительную головную боль, жажду. Болея первый день. Температура тела 40,0° С. Сознание спутанное. Кожные покровы цианотичные, на ягодицах, бедрах геморрагические высыпания от мелкоочечных петехий до кровоизлияний размером 3-4 см. Единичные розеолезные и розеолезно-папулезные элементы на коже живота, спины, верхних конечностей. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига сомнительный, пульс 120 ударов в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие, АД 85/55 мм рт. ст., ЧД 28 в 1 мин. В крови: лейкоцитоз 22×10^9 /л со сдвигом влево, СОЭ 26 мм/ч. Прежде всего следует думать о:

- а) гриппе
- б) септицемии
- в) менингококкцемии +
- г) тромбоцитопенической пурпуре
- д) болезни Шенлейна-Геноха (геморрагическом васкулите)

153. Период новорожденности продолжается

- а) 7 дней
- б) 14 дней
- в) 21 дней
- г) 28 дней +

154259. Сроки появления зрительного сосредоточения в период новорожденности

- а) 1 неделя
- б) 4 недели +
- в) 8 недель
- г) 12 недель

155. Причиной геморрагической болезни новорожденных является

- а) дефицит витамина В12
- б) дефицит кальция
- в) дефицит витамина К +
- г) тромбоцитопения

156. Основными причинами срыгивания и рвоты у новорожденного ребенка являются все нижеперечисленное, кроме

- а) повышения внутричерепного давления
- б) метаболических нарушений
- в) гипогалактии у матери +
- г) органических расстройств желудочно-кишечного тракта

157. К признакам переносимости плода относится

- а) масса плода более 4500 г
- б) симптом "прачки" +
- в) повышенная мягкость костей черепа
- г) окружность головки плода более 35 см
- д) отсутствие первородной смазки

158. При оценке состояния новорожденного по шкале АПГАР учитываются

- а) масса тела, длина, срок гестации
- б) частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов, рефлексы, мышечный тонус +
- в) частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов
- г) сознание, степень депрессии
- д) частота сердечных сокращений, общее состояние

159. В каком возрасте у ребенка появляется предвосхищение предстоящего кормления в присутствии взрослых (особенно матери при грудном вскармливании)?

- а) 2-3 день +
- б) 1-2 неделя
- в) 3-4 неделя

160. В каком возрасте у ребенка появляется зрительно-слуховой поиск и зрительное сосредоточение на лице взрослого?

- а) 2-4 неделя
- б) 4-6 неделя +
- в) 6-8 неделя

161. В каком возрасте ребенок начинает ходить самостоятельно?

- а) 10-11 месяцев
- б) 11-12 месяцев +
- в) 9-10 месяцев

162. В каком возрасте ребенок начинает садиться и сидеть, если потянуть и держать его за руки?

- а) 3 месяца
- б) 4 месяца +
- в) 5 месяцев
- г) 6 месяцев

163. В каком возрасте у ребенка появляется способность рассматривать предмет на близком расстоянии (аккомодация), различать основные цвета и формы?

- а) 3 месяца
- б) 4 месяца
- в) 5 месяцев +
- г) 6 месяцев

164. В каком возрасте ребенок начинает в положении на животике высоко держать голову и наблюдать за движением объекта?

- а) 3 месяца
- б) 4 месяца
- в) 5 месяцев +

г) 6 месяцев

165. Длина туловища увеличивается к 7-му году жизни ребенка по сравнению с его длиной у новорожденного

- а) в 2 раза +
- б) в 3 раза
- в) в 4 раза
- г) в 5 раз

166. В каком возрасте начинается смена молочных зубов у детей?

- а) в 3-4 года
- б) в 4-5 лет
- в) в 5-6 лет +
- г) в 6-7 лет

167. Ежегодная прибавка массы со 2-го года жизни ребенка составляет

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

168. В каком возрасте ребенок начинает самостоятельно пить из чашки?

- а) 1 год +
- б) 2 года
- в) 3 года

169. В каком возрасте ребенок начинает понимать слово "нельзя"?

- а) 1 год
- б) 2 года +
- в) 3 года
- г) 4 года

170. В какой возрастной группе осуществляется плановая вакцинопрофилактика полиомиелита?

- а) 3 месяца +
- б) 1-1,5 года
- в) 7-8 лет
- г) в любом

171. Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении

- а) сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
- б) макроглоссия, низкий голос, брадикардия
- в) затаившаяся желтуха
- г) специфических симптомов при рождении нет+

172. Тугое пеленание может вызвать у новорожденного ребенка

- а) апноэ
- б) гиповентиляцию+
- в) гипервентиляцию
- г) отеки

173. Какое из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных

- а) флегмона
- б) остеомиелит+
- в) пемфигус
- г) рожистое воспаление

174. Какова наиболее частая причина поражения ЦНС у недоношенных новорожденных

- а) пренатальная патология+
- б) родовая травма
- в) обменные нарушения
- г) внутриутробная инфекция

175. Наиболее характерным признаком при ахалазии является

- а) рвота во время еды+
- б) отказ от еды
- в) рвота застойным содержимым желудка
- г) рвота после еды

176. Развитие синдрома пилороспазма наиболее закономерно у ребенка

- а) с отягощенным акушерским анамнезом+
- б) с отягощенной наследственностью
- в) при позднем прикладывании к груди
- г) при раннем искусственном вскармливании

177. Синдром пилороспазма наиболее часто определяется у детей в возрасте

- а) до 6 месяцев+
- б) до 3 лет
- в) дошкольном
- г) школьном

178. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для здорового ребенка 10 месяцев

- а) 1010-1020
- б) 1009-1015
- в) 1001-1003
- г) 1002-1008+

179. С какого возраста можно измерить артериальное давление на руках

- а) с 3 лет
- б) с 1 года
- в) с периода новорожденности
- г) в любом возрасте+

180. Гематурическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте

- а) ясельном
- б) после 6-7 лет+
- в) в старшем школьном возрасте
- г) в любом возрасте

181. Биохимический признак, не характерный для талассемии

- а) снижение сывороточного железа+

- б) повышение сывороточного железа
- в) повышение фетального гемоглобина
- г) выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе

182. Заболевания лиц пожилого и старческого возраста изучает

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

183. Наличие двух и более заболеваний у пациента - это

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

184. Одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов – это

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

185. Долгожители – это лица

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

186. 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 +

187. При бессоннице лицам пожилого и старческого возраста рекомендуют

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

188. Возрастные изменения верхних дыхательных путей

- а) атрофия слизистой оболочки +
- б) гипертрофия миндалин
- в) сужение голосовой щели
- г) утолщение голосовых связок

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

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

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

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

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

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

192. 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

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

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

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

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

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

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

196. 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

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

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

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

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

199. Причина снижения эффективности пероральных препаратов железа

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

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

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

201. Основная причина острого лейкоза в пожилом и старческом возрасте

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

202. 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 +

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

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

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

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

205. У лиц пожилого и старческого возраста чаще встречается

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

206. Гиперандрогения в постменопаузе выявляется у женщин при:

- а) низкой массе тела
- б) заболеваниях надпочечников

- в) инсулинрезистентности+
- г) сахарном диабете I типа
- д) раке яичников.

207. 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.

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

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

209. 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

210. Клиническими проявлениями гипотиреоза у пожилых являются:

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

211. Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается

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

212. 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

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

- а) электроэнцефалограмма
- б) компьютерная томография
- в) рентгенографическое исследование
- г) дуплексное сканирование+

214. Самым распространенным причинным фактором, обнаруживаемым при тромбозе мозговых сосудов у пожилых, является:

- а) узелковый периартериит
- б) атеросклероз+
- в) эритрема
- г) полицитемия
- д) повышение свертываемости крови, связанное с недостатком половых гормонов.

215. Основным симптомом, позволяющим диагностировать тазовое расположение острого аппендицита у пожилых и старых:

- а) симптом Щеткина-Блюмберга
- б) симптом Ровзинга
- в) напряжение мышц в правой подвздошной области
- г) симптом Кохера-Волковича
- д) болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании +

216. Противопоказаниями к оперативному лечению геморроя в пожилом и старческом возрасте являются:

- а) недостаточность анального сфинктера
- б) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- в) гипертоническая болезнь с частыми кризами портальная гипертензия+
- г) хронический панкреатит

217. Метод исследования, достаточный для подтверждения диагноза "трещина анального канала" у больных пожилого возраста:

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) колоноскопия
- в) ректоскопия
- г) ирригоскопия
- д) аноскопия+

218. Люди пожилого и старческого возраста чаще всего болеют:

- а) хронической постгеморрагической железодефицитной анемией
- б) В12-дефицитной анемией+
- в) аутоиммунной гемолитической анемией
- г) фолиеводефицитной анемией
- д) апластической анемией.

219. Форма хронического гломерулонефрита встречающаяся чаще в пожилом и старческом возрасте

- а) нефротическая+
- б) латентная
- в) протеинурическая
- г) гипертоническая
- д) смешанная.

220. Наиболее часто возбудителем пиелонефрита у пожилых больных является:

- а) кишечная палочка+
- б) протей
- в) синегнойная палочка
- г) стафилококк
- д) энтерококк.

221. Применение в-блокаторов у лиц пожилого возраста с сахарным диабетом может привести к:

- а) декомпенсации сахарного диабета+
- б) нарушению сердечного ритма
- в) гипертензии
- г) гипергликемии
- д) гипогликемии.

222. Вертебробазилярная и каротидная системы мозгового кровотока анастомозируют через артерию:

- а) переднюю соединительную
- б) задние соединительные+
- в) глазную
- г) среднюю мозговую

223. Головная боль при субарахноидальном кровоизлиянии:

- а) не характерна
- б) внезапная острая+
- в) умеренная
- г) слабо выражена

224. Термин, обозначающий утрату чувствительности:

- а) анестезия+
- б) дизестезия
- в) полиестезия
- г) гиперпатия

225. Синдром Броун-Секара возникает при поражении:

- а) внутренней капсулы
- б) полного поперечника спинного мозга
- в) постцентральной извилины
- г) половины поперечника спинного мозга+

226. Чувствительные расстройства, возникающие при симметричном множественном поражении периферических нервов:

- а) гемигипестезия
- б) сегментарно-диссоциированные
- в) полиневропатические+
- г) проводниковые

227. К синдромам выключения сознания не относится:

- а) оглушение
- б) делирий+
- в) сопор
- г) онейроидный синдром

228. Типичное место для проведения люмбальной пункции находится на уровне позвонков:

- а) Th10-Th11
- б) Th12-L1
- в) L1-L2
- г) L3-L4+

229. У больных с сенсорной афазией нарушено:

- а) понимание обращенной речи+
- б) слух
- в) воспроизведение речи
- г) узнавание предметов при ощупывании

230. У больного с амнестической афазией нарушена способность:

- а) описать свойства и назначение предмета
- б) дать название предмета+
- в) определить предмет при ощупывании
- г) выполнения действий по плану

231. В диагностике детского церебрального паралича на 1 году жизни ребенка не учитывается:

- а) отягощенный анамнез беременности
- б) асимметрия мышечного тонуса
- в) наличие атетоидного гиперкинеза
- г) наличие положительного симптома Бабинского +

232. Характерными для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы

- а) на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
- б) на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу+
- в) на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюноотечением
- г) на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения

233. Для неосложненного застойного диска зрительного нерва характерно

- а) гиперемия, стертость границ диска+
- б) раннее снижение зрительной функции
- в) сужение границ поля зрения
- г) расширение вен

234. Эпидемиологический анамнез важен при подозрении

- а) на менингококковый менингит+
- б) на герпетический менингоэнцефалит
- в) на грибковый менингит
- г) на менингит, вызванный синегнойной палочкой

235. Рефлекс Чеддока (патологический стопный рефлекс разгибательного типа) вызывают

- а) сдавлением икроножной мышцы
- б) сдавлением ахиллова сухожилия
- в) штриховым раздражением подошвы
- г) штриховым раздражением кожи наружной лодыжки+

236. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком

- а) ретробульбарной опухоли орбиты
- б) тромбоза глазничной артерии
- в) каротидно-кавернозного соустья+
- г) супраселлярной опухоли гипофиза

237. Для выявления амнестической афазии следует

- а) проверить устный счет
- б) предложить больному назвать окружающие предметы+
- в) предложить больному прочитать текст
- г) убедиться в понимании больным обращенной речи

238. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному

- а) поднять руку
- б) коснуться правой рукой левого уха
- в) сложить заданную фигуру из спичек+
- г) выполнить различные движения по подражанию

239. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному

- а) коснуться пальцем кончика носа
- б) осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук
- в) сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками+
- г) стоя, отклониться назад

240. Двусторонний экзофтальм является признаком

- а) гиперпродукции тиреотропного гормона+
- б) опухоли перекреста зрительных нервов
- в) роста краниофарингиомы вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла)
- г) всего перечисленного

241. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения

- а) ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов
- б) перекреста зрительных нервов
- в) шпорной борозды обеих затылочных долей+
- г) зрительного нерва

243. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского

- а) сгибают голову больного вперед
- б) надавливают на область лонного сочленения
- в) выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного+
- г) сдавливают четырехглавую мышцу бедра

244. Значительное снижение уровня сахара в спинномозговой жидкости (до 0.1 г/л) характерно для менингита, вызванного

- а) вирусами гриппа
- б) пневмококком
- в) вирусом паротита+
- г) туберкулезной палочкой

245. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- а) острое начало заболевания с повышением температуры
- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) изменение спинномозговой жидкости+

г) синдром инфекционно-токсического шока

246. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:

- а) 1 ч от начала заболевания
- б) 2 ч от начала заболевания
- в) 4 ч от начала заболевания
- г) 6 ч и более от начала заболевания+

247. Для коматозного состояния не характерно:

- а) снижение сухожильных рефлексов
- б) угнетение брюшных рефлексов
- в) угнетение зрачковых реакций
- г) целенаправленные защитные реакции+

248. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов являются проявлением передозировки:

- а) атропина+
- б) прозерина
- в) ацетилхолина
- г) пилокарпина

249. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

- а) анальгетиков
- б) спазмолитиков
- в) противосудорожных средств+
- г) всего перечисленного

250. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется:

- а) массаж
- б) вытяжение позвоночника
- в) иглорефлексотерапия+
- г) аппликация парафина
- д) грязелечение

251. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

- а) клиндамицин
- б) тетрациклин
- в) эритромицин
- г) левомицетин+

252. В основу классификации полинейропатий положен следующий принцип:

- а) этиология заболевания+
- б) особенность течения заболевания
- в) особенность клинической картины
- г) верно все перечисленное

253. Для полинейропатии Гийена - Барре характерно:

- а) поражение черепных нервов +

- б) выраженные тазовые расстройства
- в) стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика
- г) все перечисленное

254. Для нейропатии тройничного нерва характерны:

- а) снижение корнеального рефлекса+
- б) нарушение вкуса на задней трети языка
- в) гипалгезия во внутренней зоне Зельдера
- г) гипертрофия жевательной мускулатуры

255. Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется:

- а) энцефалопатией
- б) острым рецидивирующим менингитом
- в) миелопатией
- г) всем перечисленным+

256. Прозрачные внутриглазные среды:

- а) хрусталик, радужка
- б) радужка, цилиарное тело, влага камер
- в) влага камер, хрусталик, стекловидное тело+
- г) стекловидное тело, склера

257. Определение остроты зрения производится с помощью:

- а) периметра
- б) таблицы Сивцева+
- в) полихроматических таблиц
- г) четырехточечного аппарата

258. Виды рефракции:

- а) эметропия
- б) миопия
- в) гиперметропия
- г) астигматизм
- д) все ответы правильные+

259. С какого расстояния пациент с остротой зрения 1,0 различает оптоотипы 10-го ряда таблицы Сивцева:

- а) 50 м
- б) 30 м
- в) 10м
- г) 5м+

260. Определение рефракции:

- а) защитная способность глаза
- б) оптическая возможность
- в) бинокулярное зрение
- г) преломляющая способность глаза +

261. Назовите ведущие симптомы заболеваний орбиты:

- а) светобоязнь, слезотечение, блефароспазм
- б) гнойное отделяемое, гиперемия
- в) экзофтальм, смещение глазного яблока, нарушение подвижности+

г) выпадение ресниц, рубцы.

262. Ячмень – это воспаление:

- а) мейбомиевых желез
- б) волосяного мешочка+
- в) сальной железы
- г) потовой железы.

263. Основные клинические проявления склерита:

- а) очаг красно-фиолетового цвета между лимбом и экватором+
- б) инфильтраты в области лимба
- в) темное пятно на склере
- г) расширение сосудов склеры.

264. Консервативное лечение катаракты включает:

- а) инстилляцию витаминных капель+
- б) поливитамины
- в) гидрокортикоиды
- г) сосудорасширяющие средства

265. Основные клинические признаки, характерные для глаукомы:

- а) боль, гиперемия, мидриаз
- б) снижение остроты зрения, повышение ВГД, гиперемия
- в) понижение ВГД, мидриаз, гиперемия
- г) повышение ВГД, атрофия зрительного нерва, снижение остроты зрения+
- д) боль, снижение остроты зрения, гиперемия

266. Какой уровень ВГД в норме:

- а) 15-20 мм рт. ст.
- б) 26-32 мм рт. ст.
- в) 18-26 мм рт. ст.+
- г) 26 и выше

267. Неотложная помощь при остром приступе глаукомы заключается в применении:

- а) мочегонных средств, миотиков, анальгетиков+
- б) диуретиков, антибиотиков
- в) мочегонных средств, мидриатиков, анальгетиков
- г) отвлекающей терапии, слабительных средств.

268. При глаукоме противопоказаны:

- а) мидриатики+
- б) пилокарпин, тимолол
- в) диуретики, антибиотики
- г) сосудорасширяющие средства, поливитамины.

269. Ишемия сетчатки возникает в результате:

- а) повышения ВГД
- б) закупорки шлеммова канала
- в) острого закрытия центральной артерии сетчатки+
- г) дистрофических изменений.

270. Функция ресничного тела:

- а) каркасная
- б) защитная
- в) аккомодативная+
- г) продукция внутриглазной жидкости+

271. Функция радужки:

- а) светопреломление
- б) аккомодация
- в) диафрагмирование+
- г) световосприятие.

272. Функция хориоидеи:

- а) защитная
- б) опорная
- в) трофическая+
- г) секреторная.

273. Питание роговицы происходит через:

- а) краевую петлистую сосудистую сеть+
- б) влагу передней камеры
- в) передние конъюнктивальные артерии
- г) задние короткие ресничные артерии.

274. Ксероз роговицы - это:

- а) высыхание поверхности+
- б) нарушение прозрачности
- в) снижение чувствительности
- г) нарушение сферичности.

275. Основные структурные оболочки глазного яблока:

- а) фиброзная капсула, хориоидея, сетчатка+
- б) конъюнктивы, роговица, радужка
- в) веки, тенонова капсула, экстраокулярные мышцы
- г) роговица, хрусталик, стекловидное тело.

276. Рубеоз - это патология радужки, означающая:

- а) отсутствие мышц, управляющих зрачком
- б) появление новообразованных сосудов+
- в) разрастание эпителия пигментной каймы
- г) неравномерная ширина зрачков.

277. Минимальная толщина сетчатки:

- а) у места прикрепления к диску зрительного нерва
- б) у зубчатой линии
- в) в макулярной области+
- г) в экваториальной зоне.

278. Метод исследования угла передней камеры:

- а) офтальмоскопия
- б) биомикроскопия
- в) гониоскопия+
- г) циклоскопия.

279. Средняя глубина передней камеры в норме:

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм+
- г) 4 мм.

280. Отсутствие хрусталика называется:

- а) афакия+
- б) анизометропия
- в) анизокория
- г) артификация.

281. Амавроз - это:

- а) отсутствие глазного яблока
- б) слепота+
- в) отсутствие хрусталика
- г) слабовидение.

282. Амблиопия – это:

- а) сужение полей зрения
- б) понижение остроты зрения без анатомических изменений в сетчатке+
- в) отсутствие глазного яблока
- г) различная рефракция в правом и левом глазах.

283. Скотома – это:

- а) выпадение участка поля зрения+
- б) слепота на какой-либо цвет
- в) полная слепота
- г) выпадение половины поля зрения.

284. У пациента на одном глазу - миопия 3 Дптр., на другом глазу - миопия 6 Дптр. Это состояние называется:

- а) анизометропия+
- б) анизокория
- в) анизэйкония
- г) астигматизм.

285. При коррекции анизометропии у взрослых людей допустимая разница в силе стекол для обоих глаз не более:

- а) 1 Дптр
- б) 2 Дптр+
- в) 3 Дптр
- г) 0,5 Дптр.

286. Поверхностная инъекция сосудов наблюдается при:

- а) конъюнктивите+
- б) кератите
- в) кридоциклите
- г) хориоретините.

287. Проба Норна показывает:

- а) избыток слезопродукции
- б) недостаток слезопродукции
- в) уровень высоты слезного мениска
- г) время разрыва слезной пленки+

288. Воспалительный процесс роговицы называется:

- а) циклит
- б) увеит
- в) кератит+.
- г) папиллит.

289. Злокачественная опухоль сосудистой оболочки называется:

- а) меланобластома+
- б) циститома
- в) аденома
- г) атерома.

290. Признаками переднего увеита могут быть:

- а) задние синехии+
- б) преципитаты+
- в) снижение чувствительности роговицы
- г) экзофтальм.

291. При атрофии зрительного нерва цвет диска зрительного нерва:

- а) становится красным
- б) становится белым+
- в) характеризуется чередованием красных и белых участков
- г) не изменяется.

292. Ретробульбарный неврит:

- а) протекает бессимптомно
- б) сопровождается полной офтальмоплегией
- в) начинается с падения зрительных функций+
- г) всегда поражает оба зрительных нерва.

293. Различие в цвете радужек обоих глаз называется:

- а) ахроматопсия
- б) дихромазия
- в) гетерохромия+
- г) гетерофория.

294. Симптом артериовенозного перекреста характерен для:

- а) васкулита
- б) сахарного диабета
- в) гипертонической болезни+
- г) хориоидита.

295. Офтальмоскопический симптом острого нарушения кровообращения в центральной вене сетчатки:

- а) «вишневой косточки»
- б) «раздавленного помидора»+
- в) «медной проволоки»

г) «серебряной проволоки».

296. Выберите специфические симптомы, характерные для паратонзиллярного абсцесса:

- а) отек боковой поверхности шеи
- б) спазм жевательной мускулатуры+
- в) фебрильная температура
- г) резкая боль в горле+

297. Перечислите симптомы простой формы хронического тонзиллита:

- а) небные дужки спаяны с миндалинами+
- б) увеличение миндалин
- в) субфебрильная температура тела
- г) головная боль.

298. Укажите наиболее частую локализацию паратонзиллярного абсцесса:

- а) задняя
- б) передневерхняя+
- в) боковая
- г) нижняя.

299. Чем характеризуется III степень гипертрофии небных миндалин?

- а) миндалины увеличены на $1/3$
- б) миндалины увеличены на $2/3$
- в) миндалины соприкасаются друг с другом+
- г) миндалины расположены за небными дужками

300. Выберите метод хирургического лечения при аденоидах III степени:

- а) аденотомия+
- б) тонзиллотомия
- в) тонзиллэктомия
- г) удаление кисты миндалины.

301. Какой нерв управляет двигательными волокнами мышц гортани?

- а) блуждающий нерв+
- б) лицевой нерв
- в) тройничный нерв
- г) преддверно-улитковый нерв.

302. Укажите, на сколько этажей делится гортань:

- а) два
- б) три+
- в) четыре
- г) пять.

303. Для исследования гортани применяют методы:

- а) непрямая ларингоскопия+
- б) фарингоскопия
- в) прямая ларингоскопия+
- г) томография гортани+

304. В классификации стенозов гортани выделяют:

- а) 5 стадий

- б) 2 стадии
- в) 3 стадии
- г) 4 стадии+

305. Укажите симптомы, характерные для II стадии острого стеноза гортани:

- а) затруднение дыхания в покое+
- б) затруднение дыхания при физической нагрузке
- в) ринорея
- г) дисфагия.

306. Укажите, в каком возрасте развивается ложный круп:

- а) детский+
- б) взрослый
- в) пожилой
- г) подростковый.

307. Отек какого отдела гортани возникает при ложном крупе:

- а) вестибулярного
- б) голосового
- в) подголосового+
- г) в области валекул.

308. При аллергическом стенозе гортани II стадии применяется:

- а) трахеостомия
- б) медикаментозное дестенозирование+
- в) коникотомия
- г) резекция гортани.

309. Какую связку рассекают при коникотомии?

- а) шило-подъязычную
- б) перстне-щитовидную+
- в) язычно-надгортанную
- г) черпало-надгортанную.

310. При катаральном ларингите выявляется:

- а) дисфония+
- б) дыхательная недостаточность
- в) нарушение глотания
- г) дисфагия

311. Выберите метод лечения при флегмонозном ларингите:

- а) консервативное
- б) хирургическое+
- в) лучевая терапия
- г) химиотерапия.

312. Какая артерия перевязывается при обильном кровотечении из распадающейся опухоли гортани?

- а) наружная сонная+
- б) внутренняя сонная
- в) щитовидная
- г) небная.

313. Укажите, какие околоносовые пазухи открываются в верхний носовой ход:

- а) клиновидные+
- б) лобные
- в) верхнечелюстные
- г) все перечисленные

314. Укажите, через какую стенку верхнечелюстной пазухи инфекция может попасть в глазницу:

- а) нижнюю
- б) верхнюю+
- в) медиальную
- г) переднюю.

315. Укажите метод лечения гипертрофического ринита:

- а) сосудосуживающие капли в нос
- б) хирургическое лечение+
- в) электрофорез
- г) смазывание раствором ляписа.

316. Для острого ринита характерны следующие симптомы:

- а) слизистые выделения из носа, нарушение обоняния+
- б) боль в горле
- в) гнойные выделения из носа
- г) кашель
- д) повышение температуры до 39-40⁰С

317. Синонимом поллиноза является:

- а) хронический вазомоторный ринит
- б) хронический катаральный ринит
- в) хронический гипертрофический ринит
- г) сезонный аллергический ринит+
- д)

318. Предрасполагающими факторами возникновения острых синуситов являются:

- а) наличие корок в носовых ходах
- б) носовые кровотечения
- в) снижение общей резистентности организма+
- г) воспалительные заболевания среднего уха
- д) воспалительные заболевания глотки

319. К симптомам острого гайморита относят:

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

320. К симптомам острого фарингита относят:

- а) выделения из носа
- б) гиперемия задней стенки глотки, повышение температуры до 39-40⁰С+

- в) заложенность носа
- г) головную боль
- д) гипертрофию нёбной миндалины

321. Характер кашля при остром ларингите:

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

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

- а) аденовирусам
- б) пневмококкам
- в) стафилококкам
- г) β -гемолитическому стрептококку группы А+
- д) грибам

323. При лакунарной ангине:

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

324. Полипоз носа нередко сочетается:

- а) с бронхиальной астмой+
- б) с искривлением носовой перегородки
- в) с хроническим тонзиллитом
- г) с полипозом желудка
- д) с раком прямой кишки

325. К ранним симптомам рака гортани относят:

- а) охриплость голоса+
- б) кашель, с примесью крови в мокроте
- в) першение в горле
- г) неприятные ощущения при глотании
- д) все вышеперечисленное

326. Укажите наиболее частый путь попадания инфекции в барабанную полость:

- а) тубарный+
- б) лимфогенный
- в) из полости черепа
- г) алиментарный
- д) из верхнечелюстной пазухи

327. Круглые инородные тела из полости носа (бусинки, вишневые косточки) следует удалять:

- а) промыванием+

- б) пинцетом
- в) корнцангом
- г) крючком
- д) оперативным путем

328. Какие манипуляции целесообразно выполнить перед удалением инородного тела из носовых ходов ребенка:

- а) плотно фиксировать ребенка
- б) закапать в носовые ходы сосудосуживающие капли
- в) закапать в носовые ходы 1% раствор дикаина
- г) все вышеперечисленное верно+

329. К лекарственным средствам первого ряда для лечения острого тонзиллита/фарингита, вызванного β -гемолитическим стрептококком группы А, относят:

- а) макролиды
- б) нитрофурантоины
- в) фторхинолоны
- г) пенициллины+

330. Пациент предъявляет жалобы на самопроизвольные боли приступообразного характера в области левой половины лица. Боли иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва и усиливаются от термических раздражителей, они возникают самопроизвольно, чаще ночью. При осмотре определяется глубокая кариозная полость Г4-го зуба. Наиболее вероятно, что у больного:

- а) острый пульпит+
- б) острый периодонтит
- в) невралгия тройничного нерва
- г) невралгия лицевого нерва

331. Пациент предъявляет жалобы на острую пульсирующую боль в области L5-го зуба. Боль постоянная, без светлых промежутков. У больного появляется ощущение "выросшего" зуба, накусывание на L5-й зуб становится резко болезненным. При осмотре: коронка зуба имеет глубокую кариозную полость, определяется коллатеральный отек десны, перкуссия L5-го зуба болезненна, подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны. Наиболее вероятно, что у больного:

- а) острый гнойный пульпит
- б) острый гнойный периодонтит +
- в) острый периостит
- г) пародонтальный абсцесс

332. Пациент обратился по поводу острого гнойного периодонтита Г5-го зуба. Коронка зуба пломбирована. Возможности направить больного к врачу-стоматологу нет. Наиболее правильной тактикой в отношении данного больного является

- а) удаление зуба +
- б) назначение местных теплых полосканий, антибиотиков, наблюдение за больным до появления возможности направить его к врачу-стоматологу

333. Пациент обратился с жалобами на острую боль пульсирующего характера в области Г6-го зуба, чувство "выросшего" зуба, боль от прикосновения и попытки накусывания на зуб. При объективном обследовании: отек и гиперемия десны вокруг Г6-го зуба, коронка Г6-го зуба имеет глубокую кариозную полость, дно которой выстлано размягченным дентином, перкуссия зуба резко болезненна, имеет место подвижность Г6-го зуба I-й степени, перкуссия соседних зубов

безболезненна, подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, температура тела - 37.°С. Наиболее вероятно, что у больного

- а) острый пульпит
- б) острый гнойный периодонтит +
- в) неврит III ветви тройничного нерва
- г) острый периостит

334. Развитие патологии пародонта с быстрой деструкцией костной ткани характерно

- а) для сахарного диабета +
- б) для стенокардии
- в) для язвенной болезни желудка
- г) ГЭРБ

335. Для гингивита беременных характерным является

- а) изъязвление десневого края
- б) гипертрофия десневых сосочков
- в) гипертрофия, кровоточивость десневых сосочков +
- г) яркая гиперемия без изменения формы десневого края

336. Для клинических проявлений болезни Аддисона (бронзовой болезни) в полости рта характерно

- а) катаральное воспаление десны
- б) пигментация десен в виде коричневых пятен и полос +
- в) десквамация эпителия десны
- г) изъязвление

337. "Малиновый" язык (атрофия нитевидных сосочков) является симптомом

- а) дифтерии
- б) кори
- в) дизентерии
- г) скарлатины+

338. Больной обратился с жалобами на случайно обнаруженное им изменение внешнего вида спинки языка. При осмотре: на спинке языка – участки десквамации эпителия красноватого цвета в форме колец и полуколец, грибовидные сосочки на участках десквамации несколько увеличены, вокруг зон десквамации – зоны умеренного гиперкератоза. Наиболее вероятно, что у больного

- а) лейкоплакия языка
- б) десквамативный глоссит +
- в) ромбовидный глоссит
- г) злокачественное новообразование слизистой оболочки языка

339. Укажите наиболее характерную клиническую картину рака губы

- а) язва на инфильтрированном основании, края выворочены и приподняты над поверхностью губы, на дне - некротические массы, окружающие ткани инфильтрированы, регионарные лимфоузлы умеренно увеличены, безболезненны, плотны +
- б) неглубокая язва неправильной формы, края изъеденные, мягкие, подрывные, вокруг небольшая воспалительная реакция, дно неровное, цвета сырого мяса, покрыто сосочковыми разрастаниями, на дне и вокруг просвечивают бугорки, напоминающие манную крупу

340. Среди видов местного лечения патологии слизистой оболочки полости рта приводить к озлокачествлению могут

- а) противовирусные мази
- б) прижигающие средства +
- в) кератопластические средства

341. Определяющим видом диагностики для окончательного установления диагноза "рак органов полости рта" является

- а) стоматоскопия
- б) мазок-отпечаток
- в) биопсия +
- г) пальпация регионарных лимфоузлов
- д) анализ крови

342. Для рака органов полости рта типично метастатическое поражение

- а) надпочечников
- б) легких +
- в) молочной железы
- г) печени

343. Стоматологическая заболеваемость населения региона оценивается при проведении

- а) диспансеризации населения
- б) плановой санации полости рта
- в) эпидемиологического стоматологического обследования+
- г) профилактических осмотров

344. Для очищения зубов ребенка в возрасте до 1 года наиболее целесообразно использовать:

- а) ватный тампон
- б) мягкую резиновую щетку-напалечник+
- в) детскую зубную щетку
- г) детскую зубную щетку и гелевую зубную пасту

345. Для чистки зубов следует рекомендовать зубные щетки с:

- а) короткой рабочей частью+
- б) длинной рабочей частью
- в) изогнутой ручкой
- г) прямой ручкой

346. Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:

- а) зубную щетку с ровной подстрижкой щетины
- б) электрическую зубную щетку
- в) зубные ершики+
- г) зубочистки

347. В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

- а) актиномицетам
- б) вирусам
- в) стрептококкам+
- г) стафилококкам

348. Реминерализация - это:

- а) частичное восстановление плотности поврежденной эмали+

- б) потеря кальция, фосфора, магния из поврежденного подповерхностного участка эмали
- в) увеличение частоты приема углеводов
- г) разрушение структуры эмали под действием органических кислот

349. Высокоуглеводная диета является одним из основных факторов риска развития:

- а) пародонтоза
- б) кариеса зубов+
- в) зубочелюстных аномалий
- г) воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

350. Минерализация («созревание») эмали после прорезывания зуба наиболее активно протекает в течение (лет):

- а) 2+
- б) 5
- в) 10
- г) 15

351. Начальный кариес характеризуется появлением:

- а) меловидного пятна на поверхности эмали+
- б) эрозии эмали
- в) полости в пределах эмали
- г) полости в пределах дентина

352. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

- а) мягкой+
- б) средней жесткости
- в) жесткой
- г) очень жесткой

353. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

- а) заболевания желудочно-кишечного тракта
- б) скученность зубов+
- в) заболевания крови
- г) гиповитаминоз С

354. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- а) привычный вывих
- б) остеоартрит+
- в) деформирующий юношеский артроз
- г) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

355. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:

- а) симптом Малевича
- б) положительная реакция Вассермана
- в) положительный тест двойного пятна+
- г) снижение количества альбуминов в крови

2. Хирургические болезни и основы травматологии в общей врачебной практике (семейной медицине)

1. Для начального периода острого аппендицита типично
 - а) появление болей в верхнем отделе живота со смещением в течение 6 часов в правую подвздошную область +
 - б) разлитая болезненность и наличие признаков разлитого перитонита
 - в) наличие опоясывающих болей с многократной рвотой
 - г) наличие схваткообразных болей в животе в сочетании с диареей

2. При подозрении на перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки на амбулаторном этапе целесообразно выполнить
 - а) обзорную рентгенограмму брюшной полости +
 - б) ирригоскопию
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) исследование желудочного содержимого
 - д) лапароцентез

3. На обзорной рентгенограмме брюшной полости характерным признаком перфорации язвы желудка или 12-ти перстной кишки является
 - а) наличие множественных чаш Клойбера
 - б) наличие пневмоперитонеума +
 - в) раздутые петли толстой кишки
 - г) сглаженность т. рsoas

4. Все из перечисленного характерно для острого панкреатита, за исключением
 - а) опоясывающих болей в верхней половине живота
 - б) многократной рвоты
 - в) многократного жидкого стула +
 - г) положительного симптома Мейо - Робсона (болезненности при пальпации в левом косто-verteбральном углу)

5. Для лечения острого панкреатита могут применяться все перечисленные препараты, за исключением
 - а) контрикала
 - б) атропина
 - в) 5-фторурацила
 - г) морфина +

6. У больного, перенесшего месяц назад обструктивный панкреатит, при осмотре определяется объемное образование с флюктуацией в центре в эпигастральной области, живот мягкий, без перитонеальных явлений, температура тела и формула крови в пределах нормы. Наиболее вероятно, что у больного
 - а) опухоль поджелудочной железы
 - б) абсцесс сальниковой сумки +
 - в) ложная киста поджелудочной железы
 - г) псевдотуморозный панкреатит

7. Диагноз разлитого перитонита до операции устанавливается
 - а) клинически +
 - б) рентгенологически
 - в) по данным лабораторных исследований посредством определения признаков воспалительной реакции
 - г) по данным эндоскопии

8. При подозрении на острый перитонит необходимо
- а) экстренно направить больного сантранспортом в дежурный хирургический стационар +
 - б) обследовать больного амбулаторно для установления причины перитонита, после чего направить в хирургический стационар
 - в) проводить больному длительную дезинтоксикационную терапию и направить в хирургический стационар после уменьшения симптомов интоксикации
 - г) направить больного в терапевтический стационар
9. Кровянистые выделения из заднего прохода характерны
- а) для заворота сигмовидной кишки
 - б) для паралитической кишечной непроходимости
 - в) для спастической кишечной непроходимости
 - г) для инвагинации кишечника +
10. Для острой кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки, за исключением
- а) чаш Клойбера
 - б) свободного газа под куполом диафрагмы +
 - в) задержек пассажа бария
 - г) раздутых петель кишки
11. При установлении диагноза острой кишечной непроходимости необходимо
- а) экстренно направить больного в хирургический стационар сантранспортом +
 - б) попытаться консервативными методами разрешить непроходимость
 - в) направить больного на обследование в терапевтический стационар для уточнения причин непроходимости
12. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи необходимо
- а) экстренное направление больного в хирургический стационар сантранспортом для оперативного лечения
 - б) динамическое наблюдение за больным в условиях хирургического стационара +
 - в) направление больного на плановую госпитализацию в хирургический стационар
13. На догоспитальном этапе больному с ущемленной грыжей необходимо
- а) ввести анальгетики
 - б) ввести спазмолитики
 - в) попытаться осторожно вправить грыжу руками
 - г) немедленно отправить больного в хирургический стационар сантранспортом +
14. Вправление ущемленной грыжи опасно производить
- а) из-за возможности рецидива ущемления
 - б) из-за возможности развития спаечной непроходимости
 - в) из-за возможности развития перитонита +
 - г) из-за возможности развития флегмоны брюшной стенки
15. У больной пожилого возраста, 3 недели назад перенесшей острый инфаркт миокарда, возникло ущемление пупочной грыжи. Оптимальной тактикой в отношении данной больной является
- а) осторожное вправление грыжи
 - б) наложение бандажа
 - в) наблюдение в условиях дневного стационара поликлиники
 - г) амбулаторное лечение

д) экстренная госпитализация сантранспортом в хирургический стационар +

16. Больной 70 лет обратился к врачу через 2 суток после ущемления паховой грыжи в связи с лихорадкой до 39°C. При осмотре: в области грыжевого выпячивания – резкий отек и гиперемия тканей, флюктуация. Наиболее вероятно, что у больного

- а) флегмона грыжевого мешка +
- б) паховая аденофлегмона
- в) гнойный орхоэпидидимит
- г) фурункул паховой области

17. Тучная больная 50 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в левой паховой области. При осмотре: в левой паховой области ниже пупартовой связки и кнутри от а. femoralis имеется небольшое (с грецкий орех) округлое, резко болезненное образование с легкой гиперемией кожи над ним, живот при пальпации безболезненный. Больной был поставлен диагноз "левосторонний паховый лимфоаденит" и проводилась противовоспалительная терапия, антибиотикотерапия и местные новокаиновые блокады. Через двое суток состояние больной резко ухудшилось, появились боли в животе, и больная была направлена в хирургический стационар. Наиболее вероятно, что у больной не было вовремя распознано

- а) тромбоз варикозного узла
- б) аневризма бедренной артерии
- в) ущемление бедренной грыжи +
- г) абсцедирующий лимфоаденит

18. При подозрении на тромбоз мезентериальных сосудов необходимо

- а) экстренная госпитализация в хирургическое отделение +
- б) направление к хирургу поликлиники
- в) направление в терапевтическое отделение стационара
- г) лечение на дому

19. У больной 64 лет, перенесшей 5 месяцев назад трансмуральный инфаркт миокарда с мерцательной аритмией, внезапно (за 10 часов до обращения) появились боли в правой верхней конечности, чувство онемения, похолодания предплечья и кисти. Затем боли несколько уменьшились, но при нагрузке вновь появились. Пульсация на локтевой и лучевой артерии не определяется. Чувствительность не нарушена. Кожные покровы несколько бледнее и холоднее, чем на здоровой стороне. Наиболее вероятно, что у больной

- а) тромбоэмболия плечевой артерии +
- б) тромбоэмболия лучевой артерии
- в) тромбоэмболия локтевой артерии
- г) обострение шейного остеохондроза

20. Наибольший риск развития тромбоэмболии легочной артерии встречается

- а) у больных с заболеваниями вен +
- б) у больных с облитерирующим эндартериитом нижних конечностей
- в) у больных с сахарным диабетом
- г) у больных с бронхиальной астмой

21. На рентгенограмме грудной клетки при тромбоэмболии легочной артерии не характерно

- а) инфаркт-пневмония
- б) коллапс легкого +
- в) подъем купола диафрагмы с ограничением ее подвижности на стороне поражения
- г) участки уплощения плевры (плевральные тени)
- д) редукция сосудистого рисунка легочного поля в зоне поражения

22. Характерным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является

- а) тромбоэмболия легочной артерии +
- б) пилефлебит
- в) тромбоз брыжечных вен
- г) кровотечение из подкожных варикозных вен

23. У больной 50 лет, выписавшейся из стационара, где ей выполнена надвлагалищная ампутация матки по поводу фибромиомы, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно появились боли в грудной клетке, одышка, кровохарканье, цианоз лица. Объективно: пониженное артериальное давление, ослабленное дыхание, влажные хрипы. На ЭКГ - перегрузка правых отделов сердца. Наиболее вероятно, что у больной

- а) тромбоэмболия ветвей легочной артерии +
- б) острый инфаркт миокарда
- в) пневмоторакс
- г) пневмония

24. Для варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей характерно все перечисленное, за исключением

- а) узловатого расширения вен
- б) пигментации кожи
- в) усталости в ногах к концу дня
- г) выраженных отеков на нижних конечностях +
- д) трофических нарушений кожи с развитием трофических язв

25. При осмотре больной 65 лет отмечается уплотнение, гиперемия, болезненный тяж по ходу большой подкожной вены в нижней трети бедра. Отека нет, температура тела - 37.6°C. Наиболее вероятно, что у больного

- а) тромбоз глубокой вены
- б) острый тромбофлебит большой подкожной вены +
- в) дерматит
- г) рожистое воспаление

26. Фурункул, локализующийся в области носогубного треугольника, опасен

- а) развитием прогрессирующего тромбофлебита вен лица с переходом на венозные синусы твердой мозговой оболочки и возникновением гнойного базального менингита +
- б) кровотечением
- в) переходом в хроническую форму
- г) развитием сепсиса

27. При появлении типичной клиники карбункула применяется

- а) оперативное лечение +
- б) консервативное лечение

28. У больной 60 лет, страдающей гипертонической болезнью, в домашних условиях выполнялись внутримышечные инъекции гипотензивными препаратами в ягодичную область, после которых на следующий день отмечено появление уплотнения и болей в зоне инъекции. Температура тела - 37.2°C. Наиболее вероятно, что у больной

- а) постинъекционный инфильтрат +
- б) постинъекционный абсцесс

29. У больного с фурункулом предплечья через 2 дня от начала заболевания появились болезненные полосы гиперемии кожи, направляющиеся к локтевому сгибу. Отмечалось повышение температуры. Наиболее вероятно, что у больного

- а) лимфангоит +
- б) тромбоз глубоких вен предплечья
- в) тромбоз глубоких вен предплечья
- г) рожистое воспаление

30. Консервативное лечение подкожного панариция проводится

- а) при обращении больного в первый день заболевания, когда еще не было первой «бессонной ночи» +
- б) у больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией
- в) у беременных женщин
- г) у детей
- д) при позднем обращении больного

31. Прибегать к пункции или вскрытию сухожильного влагалища уже в ранних стадиях сухожильного панариция необходимо

- а) из-за опасности развития некроза сухожилия вследствие гидравлического сдавления сосудов брыжейки сухожилия +
- б) из-за возможности перехода в гнойную стадию
- в) из-за возможности генерализации инфекции
- г) для профилактики болей

32. Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в области II-го пальца правой кисти. Отмечает, что поранил палец иголкой 3 дня назад. Температура тела - 37.5°C. Местно в зоне укола - инфильтрат, под эпидермисом просвечивает капля гноя. Больному поставлен диагноз: кожный панариций. Ножницами срезан отслоившийся эпидермис, рана промыта антисептиком, наложена повязка. На следующий день больному не стало лучше. Боли в пальце приняли пульсирующий характер. Лихорадка - 37.8°C. Повязка промокла гноем. Наиболее вероятно, что у больного

- а) кожно-подкожный панариций ("запонка") +
- б) суставной панариций
- в) сухожильный панариций
- г) рожистое воспаление

33. Гематогенный остеомиелит наиболее часто встречается

- а) у мальчиков-подростков +
- б) у беременных женщин
- в) у стариков
- г) у лиц зрелого возраста

34. Для септицемии не характерно

- а) высокая лихорадка
- б) нормотермия +
- в) увеличение селезенки и печени
- г) анемия

35. У кормящей грудью матери появились боли, напряженность и уплотнение в молочной железе (без признаков размягчения) при отсутствии выраженной лихорадки. Наиболее вероятно, что у больной

- а) лактостаз +

- б) гнойный мастит
- в) рак молочной железы
- г) дисгормональная мастопатия

36. У больной 25 лет в правой молочной железе в верхнем наружном квадранте определяются 2 участка уплотнения размерами около 1.5 см, которые уплотняются и становятся болезненными в предменструальном периоде. При осмотре – симптом Кенига отрицательный, симптомов патологических изменений кожи нет, лимфоузлы не увеличены. Наиболее вероятно, что у больной

- а) фиброаденома молочной железы
- б) рак молочной железы
- в) узловатая форма мастопатии +
- г) внутрипротоковая папиллома
- д) липома молочной железы

37. При подозрении на фиброаденому молочной железы необходимо

- а) направить больную в хирургический стационар для оперативного лечения +
- б) в амбулаторных условиях удалить фиброаденому, и лишь при неблагоприятном результате гистологического исследования направить больную в хирургический стационар
- в) проводить консервативное лечение гормонами
- г) проводить консервативное лечение препаратами йода
- д) проводить динамическое наблюдение за состоянием больной

38. У больной 62 лет левая молочная железа инфильтрирована, отечна, увеличена в объеме и уплотнена, кожа с участками гиперемии, имеющей неровные, языкообразные края, сосок втянут и деформирован, увеличены подмышечные лимфоузлы. Наиболее вероятно, что у больной

- а) рожеподобный рак +
- б) острый мастит
- в) рожистое воспаление
- г) рак Педжета
- д) дисгормональная мастопатия

39. Больная 30 лет 1.5 месяца назад отметила появление мокнущего соска и ареолы левой молочной железы. Затем отдельные участки ареолы стали изъязвляться и покрываться корочкой. При осмотре установлено, что эти участки напоминают экзему, кроме того - увеличены подмышечные лимфоузлы. Наиболее вероятно, что у больной

- а) маститоподобный рак
- б) нейродермит
- в) мастит
- г) рак Педжета +
- д) дисгормональная мастопатия

40. У женщины 34 лет при пальпации левой молочной железы отмечаются кровянистые выделения из соска. Пальпаторно образования в молочной железе не определяются. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятно, что у больной

- а) рак Педжета
- б) фиброзно-кистозная мастопатия
- в) саркома молочной железы
- г) внутрипротоковая папиллома +
- д) туберкулез молочной железы

41. Кровоподтек на коже после ушиба появляется, как правило

- а) через 2-3 ч +
- б) через 12 ч
- в) через сутки

42. Не обнаруживаются на рентгенограмме

- а) переломы хрящевых отделов ребер +
- б) переломы задних отделов ребер
- в) переломы ребер в проекции подмышечных линий
- г) все верно

43. Наиболее частым осложнением диафизарного перелома плеча в средней и нижней трети является

- а) повреждение плечевой артерии
- б) повреждение срединного нерва
- в) повреждение лучевого нерва +

44. Основным принципом лечения внутрисуставных переломов является

- а) ранняя функция и поздняя нагрузка +
- б) поздняя нагрузка с сохранением длительной иммобилизации
- в) ранняя функция и ранняя нагрузка

45. Больная 60 лет поскользнулась на тротуаре, при падении ударилась разогнутой кистью. Жалуется на боль при движении в лучезапястном суставе, отмечается припухлость в дистальной трети предплечья, ограничение движения в лучезапястном суставе. Давление на дистальную часть лучевой кости резко болезненно. Наиболее вероятно, что у больной

- а) разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте +
- б) перелом костей предплечья в нижней трети
- в) сгибательный перелом лучевой кости в типичном месте

46. Больная 82 лет упала с кровати, почувствовала резкую боль в области тазобедренного сустава. Движения в ноге на стороне повреждения вызывают резкую боль в верхней трети бедра, в области большого вертела виден кровоподтек. Наиболее вероятно, что у больной

- а) чрезшеечный перелом бедра
- б) чрезвертельный перелом бедра +
- в) перелом верхней трети диафиза бедра

47. Мужчина 48 лет поскользнулся на тротуаре и упал назад на вытянутые руки, почувствовал резкую боль в области правого плечевого сустава. Больной поддерживает руку за локоть в приведенном положении, головка плеча не смещена, вращательные движения за локоть передаются на головку, пальпация в области хирургической шейки резко болезненна. Наиболее вероятно, что у больного

- а) перелом анатомической шейки плеча
- б) вколоченный перелом хирургической шейки плеча +
- в) перелом диафиза плеча в верхней трети
- г) перелом хирургической шейки плеча со смещением

48. Шофер при аварии автомашины ударился грудью о баранку руля, почувствовал резкую боль, не мог глубоко дышать. При поступлении: состояние средней тяжести, бледен, жалуется на за грудинные боли. Наиболее вероятно, что у больного

- а) перелом тела грудины +
- б) перелом ребер

49. Юноша при прыжке с высоты на слегка согнутые ноги почувствовал боль в колене. Жалуется на то, что голень "не слушается" при попытке идти. При пальпации ниже надколенника - выраженная болезненность и припухлость. Наиболее вероятно, что у больного

- а) перелом нижнего полюса надколенника
- б) разрыв собственной связки надколенника +
- в) отрыв мениска

50. Пожилой мужчина поскользнулся на улице и упал на согнутое колено, с трудом дошел до дома, при этом испытывал сильную боль в колене при вынесении голени вперед. Коленный сустав утолщен, определяется жидкость в суставе. Попытка обнаружить симптом "баллотирования надколенника" вызывает резкую боль. Поднять выпрямленную ногу больной не может. Наиболее вероятно, что у больного

- а) разрыв собственной связки надколенника
- б) перелом надколенника +
- в) ушиб и гемартроз коленного сустава

51. Больная 72 лет доставлена с улицы после падения на правый бок. Жалуется на боль в паховой области. Нога в положении неполной наружной ротации, укорочена на 2 см. Попытка вывести конечность в нормальное положение сопровождается болью в тазобедренном суставе. Наиболее вероятно, что у больной

- а) аддукционный (невколоченный) перелом шейки бедра +
- б) чрезвертельный перелом бедра
- в) абдукционный (вколоченный) перелом шейки бедра

52. Для переднего вывиха плеча и перелома хирургической шейки плеча общим симптомом является

- а) крепитация костных отломков
- б) укорочение руки +
- в) неподвижность головки плеча при вращении за локоть

53. При вывихе плеча сроки иммобилизации конечности составляют

- а) 1-2 недели
- б) 3-4 недели +
- в) 6-8 недель
- г) 3 месяца

54. Больной с вывихом плеча указывает на чувство онемения в пальцах кисти. Объективно: активное отведение I-го пальца резко ограничено, пульс лучевой артерии ослаблен по сравнению со здоровой. Вывих необходимо вправить

- а) немедленно +
- б) после консультации с невропатологом
- в) после консультации с хирургом
- г) в плановом порядке

55. Ладонь пострадавшего, составляющая в среднем 1% общей поверхности тела, используется для определения

- а) глубины ожогов
- б) площади обширных ожогов
- в) площади ожога на ограниченных участках кожи +

56. Отличие ожогов IIБ степени от IIIА заключается

- а) в омертвлении всех слоев дермы +

б) в омертвлении поверхностных слоев дермы (с сохранением дериватов кожи)

в) в омертвлении всех слоев дермы и подлежащих тканей до кости

57. Атерома - это

а) доброкачественная опухоль сальной железы

б) злокачественная опухоль сальной железы

в) доброкачественная опухоль подкожной сетчатки

г) ретенционная киста сальной железы +

58. Мужчина 30 лет обратился с жалобами на припухлость и болезненность в области правой лопатки. При осмотре определяется округлое, в диаметре 2 см, опухолевидное образование, связанное с кожей, имеется пора, пальпация в этой зоне болезненна. Наиболее вероятно, что у больного

а) нагноившаяся атерома +

б) лимфаденит

в) липома

г) фурункул

59. Больная 25 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования в надлопаточной области, вызывающего косметический дефект. При осмотре в этой зоне определяется округлое, тестоватой консистенции образование, подвижное, не связанное с кожей, размерами 10 см x 12 см, дольчатого строения, безболезненное при пальпации, кожа над ним не изменена. Наиболее вероятно, что у больной

а) липома +

б) атерома

в) ганглий

г) фиброма

60. Женщина обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на боковой поверхности шеи. При осмотре: на коже имеется образование розовой окраски в виде сосочков, напоминающих цветную капусту на ножке, прикрепляющееся к коже, размером 1 см. Наиболее вероятно, что у больной

а) папиллома +

б) атерома

в) фиброма

г) липома

61. Больной 40 лет обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на правой голени, не вызывающего неприятных ощущений. При осмотре: на наружной поверхности голени в толще мягких тканей имеется округлое, безболезненное, плотное образование, не связанное с кожей и костью, умеренно подвижное, размером 1.5 см x 1.5 см, кожа над ним не изменена, нарушений чувствительности кожи в этой зоне нет. Наиболее вероятно, что у больного

а) папиллома

б) атерома

в) эпителиальная киста

г) фиброма +

62. Больная 12 лет предъявляет жалобы на косметический дефект на наружной поверхности предплечья. Объективно: на наружной поверхности предплечья имеется синюшно-красное, выступающее над кожей опухолевидное образование размерами 4x3 см; при пальпации образование мягкое, безболезненное; при сдавливании, бледнеет и спадается; при отпуске пальца вновь

наполняется; аускультативных феноменов над ним не выслушивается; магистральные и периферические артерии и вены без изменений. Наиболее вероятно, что у больной

- а) кавернозная гемангиома +
- б) капиллярная гемангиома
- в) гигрома
- г) артерио-венозный свищ

63. При операциях по поводу вросшего ногтя обычно применяется

- а) проводниковая анестезия по Оберсту - Лукашевичу +
- б) местная инфильтрационная анестезия
- в) внутривенная регионарная анестезия
- г) общий наркоз

64. Больная 30 лет обратилась с жалобами на боли в области околоногтевого валика правой стопы, которые беспокоят ее около 3 недель. При осмотре: отмечается припухлость, легкая гиперемия, болезненность в области внутреннего бокового околоногтевого валика, отделяемого при надавливании нет, в этой зоне ноготь подвернут и вдавлен в мягкие ткани. Наиболее вероятно, что у больной

- а) вросший ноготь +
- б) эризипеллоид
- в) подкожный панариций
- г) фурункул

65. Больной 50 лет длительное время страдает вросшим ногтем I-го пальца правой стопы, периодически проводит консервативное лечение. В настоящий момент отмечается грубая деформация ногтя с врастанием его в мягкие ткани, гиперемия, гипергрануляция и гнойное отделяемое из-под околоногтевого валика. В этой ситуации необходимо

- а) после купирования острого воспаления консервативными мероприятиями (ванночки с раствором антисептика, антибиотики) выполнение хирургического вмешательства на ногте, ногтевом слое и околоногтевом валике в амбулаторных условиях +
- б) немедленное хирургическое вмешательство с пластикой на мягких тканях
- в) лечить больного консервативно
- г) направление больного в хирургический стационар

66. Больному с выраженной клиникой вросшего ногтя, деформации ногтевой пластинки, гипергрануляции околоногтевого валика в качестве лечения было выполнено удаление измененной ногтевой пластинки. Такое лечение

- а) неэффективно, рецидив будет +
- б) эффективно, рецидива не будет

67. Для установления диагноза хронического геморроя наиболее информативным исследованием является

- а) пальцевое ректальное исследование
- б) ректоскопия +
- в) ирригоскопия
- г) ультразвуковое исследование

68. Для подтверждения диагноза трещины анального канала достаточно выполнить

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректоскопию +
- в) ирригоскопию
- г) биопсию

69. У больного 28 лет, длительное время страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, изредка отмечалась светлая кровь в кале. При осмотре в области ануса патологии не выявлено. При ректоскопии, которую удалось провести только после новокаиновой блокады, выявлена поверхностная рана длина 10 мм; ширина 4 мм; глубина 2 мм, покрытая пленкой фибрина. Наиболее вероятно, что у больного

- а) острый геморрой
- б) рак прямой кишки
- в) выпадение прямой кишки
- г) острая анальная трещина +

70. Мужчина 50 лет обратился с жалобами на высокую температуру, ознобы, распирающие боли в глубине таза, дизурические явления. Несколько месяцев назад перенес операцию по поводу деструктивного аппендицита. При обследовании: живот мягкий, безболезненный во всех отделах, при осмотре анального отверстия патологии не выявлено, при пальцевом исследовании кончиком пальцев достигается болезненный инфильтрат. Наиболее вероятно, что у больного

- а) острый подкожный парапроктит
- б) острый пельвиоректальный парапроктит +
- в) острый геморрой
- г) острый простатит

71. Характерным признаком разрыва легкого является:

- а) кровохарканье
- б) гемоторакс
- в) пневмоторакс
- г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- д) гемопневмоторакс +

72. Для закрытой травмы сердца характерны:

- а) изменения ЭКГ
- б) боли в области сердца
- в) снижение артериального давления
- г) повышение венозного давления
- д) все перечисленное +

73. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы:

- а) при переломе грудины
- б) при переломе ключицы
- в) при напряженном пневмотораксе +
- г) при переломе лопатки

74. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики спонтанного пневмоторакса является:

- а) сцинтиграфия легких
- б) ангиопульмонография
- в) рентгенография легких +
- г) пневмомедиастинография
- д) медиастиноскопия

75. Вопрос о наличии или отсутствии повреждения внутренних органов при закрытой травме живота должен быть решен:

- а) в первые 2 часа от поступления +

- б) в течение 6 часов от поступления
- в) в течение первых суток от поступления

76. В приемный покой доставлен больной, 12 часов назад получивший удар в живот. При осмотре: жалобы на умеренные боли в левом подреберье; пульс 72 удара в минуту; АД 120/80 мм рт. ст.; живот мягкий, незначительно болезненный в левом подреберье; симптомов раздражения брюшины нет. Ваши действия?

- а) отпустить больного на амбулаторное лечение
- б) госпитализировать в отделение для интенсивного динамического наблюдения +
- в) наблюдать больного в приемном покое в течение 6 часов и при отсутствии отрицательной динамики состояния отпустить домой
- г) произвести лапароскопию.

77. Для травмы почки характерна:

- а) секреторная анурия
- б) острая задержка мочеиспускания
- в) экскреторная анурия
- г) тотальная макрогематурия +
- д) клиническая картина перитонита

3. Акушерство и гинекология в общей врачебной практике (семейной медицине)»

1. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с

- а) пальпации живота
- б) аускультации живота
- в) измерения окружности таза
- г) объективного обследования по системам +

2. Положение плода – это

- а) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости +
- б) отношение спинки плода к фронтальной плоскости
- в) отношение оси плода к длиннику матки
- г) взаимоотношение различных частей плода

3. Правильным является членорасположение, когда

- а) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- б) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто +
- в) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- г) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в коленях и тазобедренных суставах

4. Биологические методы диагностики беременности относятся к группе

- а) вероятных признаков беременности +
- б) предположительных признаков беременности
- в) сомнительных признаков беременности
- г) достоверных признаков беременности

5. Достоверным признаком беременности является

- а) изменение формы, величины и консистенции матки

- б) тошнота, рвота по утрам
 - в) цианоз слизистой влагалища
 - г) положительная биологическая реакция
 - д) пальпация частей плода +
6. Правильным положением плода считается
- а) продольное +
 - б) косое
 - в) поперечное с головкой плода, обращенной влево
 - г) поперечное с головкой плода, обращенной вправо
7. Тяжесть токсикоза 1-й половины беременности характеризуется
- а) потерей массы тела +
 - б) ацетонурией
 - в) субфебрилитетом
 - г) головной болью
 - д) болями внизу живота
8. Критерием тяжести позднего токсикоза беременности не является
- а) длительность заболевания +
 - б) наличие сопутствующих соматических заболеваний
 - в) количество околоплодных вод
 - г) неэффективность проводимой терапии
 - д) синдром задержки развития плода
9. Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки
- а) несовместимость по Rh-фактору
 - б) поднятие тяжести, травма
 - в) хромосомные аномалии +
 - г) инфекции
 - д) истмиоцервикальная недостаточность
10. Беременная женщина чаще всего жалуется
- а) на желудочно-кишечные расстройства
 - б) на боли внизу живота
 - в) на задержку месячных +
 - г) на кровянистые выделения из влагалища
11. В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки
- а) укорочена
 - б) сглажена частично
 - в) сглажена полностью
 - г) сохранена +
12. Ранняя диагностика беременности предполагает
- а) изменение базальной температуры
 - б) определение уровня ХГ в моче
 - в) УЗИ-исследование
 - г) динамическое наблюдение
 - д) все вышеперечисленное +
13. Самопроизвольный аборт — это прерывание беременности

- а) до 28 недель +
- б) до 14 недель
- в) до 20 недель
- г) до 21 недель

14. Преждевременные роды - это роды в период

- а) от 28 до 38 недель +
- б) от 26 до 36 недель
- в) от 28 до 34 недель
- г) от 30 до 40 недель

15. Беременность нецелесообразно пролонгировать при начавшихся преждевременных родах в сроке

- а) 32 недели
- б) 34 недели +
- в) 30 недель
- г) 28 недель

16. Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать

- а) 100-150 г
- б) 150-200 г
- в) 250-300 г +
- г) 350-400 г
- д) 400-500 г

17. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относится

- а) отеки беременных, гипертония беременных
- б) птолизм, рвота беременных +
- в) гипертония беременных, преэклампсия
- г) дерматозы, хорея беременных
- д) острая желтая атрофия печени, рвота беременных

18. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются

- а) в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики
- б) в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости+
- в) в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии

19. Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит

- а) от массы тела женщины и величины артериального давления +
- б) от срока беременности
- в) от массы плода
- г) от состояния плода
- д) от степени зрелости плаценты

20. Препарат сибутин в лечении беременных с поздним токсикозом используется

- а) для борьбы с генерализованным сосудистым спазмом
- б) для профилактики и лечения гипоксии плода +
- в) для регуляции сократительной деятельности матки
- г) для снижения артериального давления

д) для улучшения кровотока в почках

21. Ацетонурия беременных характерна

- а) для преэклампсии
- б) для отеков беременных
- в) для рвоты беременных +
- г) для нефропатии беременных
- д) для дерматозов беременных

22. Стойкие очаговые неврологические симптомы после прекращения эclamптического припадка,

сопровождающиеся длительным нарушением сознания, в первую очередь заставляют заподозрить

- а) присоединение менингоэнцефалита
- б) развитие геморрагического инсульта +
- в) наличие опухоли головного мозга

23. Припадок эclamпсии

- а) может осложняться кровоизлиянием в головной мозг +
- б) обычно длится около 10-15 мин
- в) начинается с клонических судорог
- г) обычно не сопровождается нарушением дыхания
- д) характеризуется кратковременной утратой сознания и полным его восстановлением сразу по окончании приступа судорог

24. Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать

- а) после каждой потуги +
- б) каждые 15 мин
- в) каждые 10 мин
- г) каждые 5 мин
- д) при врезывании головки

25. Окрашивание околоплодных вод меконием при головных предлежаниях свидетельствует

- а) о пороках развития плода
- б) о гемолитической болезни плода
- в) о гипоксии плода +
- г) о хориоамнионите
- д) о внутриутробной инфекции плода

26. Нормальная частота сердцебиения плода

- а) 160-180 в минуту
- б) 120-140 в минуту +
- в) 110-130 в минуту
- г) 100-140 в минуту
- д) 90-150 в минуту

27. В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками

- а) через 3-4 мин
- б) через 2-3 мин +
- в) через 5-6 мин
- г) через 1-2 мин

д) через 30-60 с

28. Второй период родов

- а) заканчивается рождением головки
- б) обычно длится от 2-х до 4-х часов
- в) начинается с излития околоплодных вод
- г) начинается с момента фиксации головки большим сегментом во входе в малый таз
- д) называется периодом изгнания +

29. Масса роженицы - 50 кг. Физиологическая кровопотеря не должна превышать

- а) 400 мл
- б) 250 мл +
- в) 300 мл
- г) 500 мл
- д) 350 мл

30. К выделению последа можно приступать

- а) при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 ч
- б) при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин
- в) при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты
- г) при наличии признаков отделения плаценты +

31. Родильница предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39°C на пятые сутки после родов. Объективно: гиперемия верхне-наружного квадранта левой молочной железы, там же плотный инфильтрат 5x6 см, болезненный при пальпации, на левом соске - трещина, правая молочная железа без особенностей. В описанной ситуации наиболее вероятен диагноз

- а) лактационный серозный мастит +
- б) трещина сосков
- в) опухоль молочной железы
- г) абсцесс молочной железы

32. Факторами риска по развитию трещин сосков являются

- а) втянутый сосок +
- б) недоразвитие соска
- в) недостаточный гигиенический уход за сосками при кормлении
- г) гиперпигментация сосков

33. Послеродовый мастит

- а) обычно вызывается золотистым стафилококком +
- б) чаще является вторичным процессом
- в) чаще характеризуется подострым "вялым" началом
- г) в большинстве случаев бывает двухсторонним

34. Лактационный мастит

- а) обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода +
- б) на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
- в) в серозной стадии диагностируется редко
- г) обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

35. Биопсия эндометрия

- а) применяется как скрининговый метод в диагностике рака эндометрия
- б) применяется как скрининговый метод в диагностике рака шейки матки

в) применяется для диагностики нарушений менструального цикла +

36. Больная 30 лет обследуется по поводу первичного бесплодия. Тесты функциональной диагностики свидетельствуют о наличии двухфазного менструального цикла. При УЗИ и гистеросальпингографии патологии не выявлено. Для уточнения диагноза необходимо произвести

- а) раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- б) биопсию эндометрия +
- в) кольпоскопию

37. Больная 44 лет в течение последнего года страдает ациклическими маточными кровотечениями. Для уточнения причины кровотечения необходимо произвести

- а) раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки+
- б) аспирационную биопсию эндометрия
- в) гистеросальпингографию
- г) УЗИ органов малого таза
- д) кольпоскопию

38. Гонорея у женщин

- а) характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения
- б) характеризуется наличием обильных пенистых белей
- в) может быть причиной атрезии цервикального канала
- г) может быть причиной бартолинита +
- д) обычно осложняется развитием параметрита

39. Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых

а) при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокаций в течение 3 месяцев +

- б) после трех ежемесячных алиментарных провокаций
- в) после трех серий ежемесячных физических провокаций
- г) после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины
- д) после окончания курса лечения

40. Диагноз гонореи может быть поставлен

- а) при положительной реакции Борде - Жангу
- б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб
- в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала
- г) в случаях обнаружения гонококков +
- д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины

41. В результате сбора анамнеза у пациентки 20 лет Вы предполагаете наличие острого воспаления придатков матки. В этой ситуации необходимо

- а) взять мазки из уретры и цервикального канала +
- б) взять мазки на цитологическое исследование
- в) произвести ультразвуковое исследование
- г) начать антибактериальное лечение

42. Больная 20 лет заболела остро с повышением температуры до 38.4°C. Начало заболевания совпало с началом месячных. Беспокоят резкие боли в низу живота. При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет. Наиболее вероятно, что у больной

- а) острое воспаление придатков матки

- б) острый аппендицит
- в) разрыв кисты яичника
- г) острое воспаление придатков гонорейной этиологии +

43. К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения

- а) при заболеваниях крови
- б) при сердечно-сосудистой патологии
- в) при патологии щитовидной железы
- г) при заболеваниях надпочечников
- д) при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона

+

44. Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют

- а) выскабливание полости матки +
- б) электростимуляцию шейки матки
- в) гестагены
- г) даназол
- д) парлодел

45. У больной 45 лет имеются рецидивирующие кровотечения в течение одного года. Ей следует назначить

- а) раздельное диагностическое выскабливание матки +
- б) оперативное лечение
- в) гормональное лечение
- г) симптоматическое лечение

46. Пациентка 25 лет обратилась к врачу с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненные нагрубание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации. Перечисленные данные позволяют предположить диагноз

- а) эндометриоз
- б) альгодисменорея
- в) предменструальный синдром +
- г) тиреотоксикоз

47. Для синдрома поликистозных яичников характерны:

- а) гирсутизм;
- б) олигоменорея;
- в) бесплодие;
- г) двухстороннее увеличение размеров яичников;
- е) все вышеперечисленное +

48. Для верификации диагноза перитонеального эндометриоза достаточно:

- а) клинических данных;
- б) клинических данных и трансвагинальной эхографии;
- в) клинических данных и лапароскопии при условии обнаружения типичных эндометриоидных гетеротопий;
- г) клинических данных и цитологического исследования пунктата из брюшной полости;
- д) клинических данных и лапароскопии с последующим гистологическим исследованием биоптатов. +

49. Какие симптомы могут указывать на поражение эндометриозом матки?

- а) гиперполименорея;
- б) скудные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации;
- в) альгоменорея;
- г) снижение гемоглобина;
- д) все вышеперечисленное.

50. Укажите основные симптомы острого сальпингита:

- а) боли внизу живота;
- б) увеличение и болезненность придатков матки;
- в) повышение температуры;
- г) все вышеперечисленные +

51. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

- а) переход в хроническую форму;
- б) перитонит;
- в) абсцедирование;
- г) формирование синдрома хронической тазовой боли;
- д) все перечисленное выше +

52. Нарушение проходимости маточных труб не может быть следствием:

- а. генитального хламидиоза;
- б. генитального эндометриоза;
- в. гиперандрогении;+
- г. гонорейного сальпингита;

53. Каковы основные клинические симптомы прогрессирующей внематочной беременности?

- а) приступообразные боли внизу живота; задержка месячных;
- б) «мажущие» кровянистые выделения из половых путей;
- в) сухость во рту, чувство давления на прямую кишку;
- г) все перечисленное +

54. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:

- а) хроническая тазовая боль;
- б) альгодисменорея;
- в) меноррагия; +
- г) бели;
- д) вторичное бесплодие.

55. Показания к хирургическому лечению миом матки:

- а) миома матки, превышающая размеры 12-недельной беременности; быстрый рост опухоли;
- б) субмукозное расположение узлов; интерстициальные узлы с центрипетальным ростом;
- в) сочетание миомы матки с опухолями яичников и аденомиозом;
- г) меноррагии, приводящие к анемизации пациенток;
- д) пункты а, в;
- е) все вышеперечисленные +

56. Наиболее типичная симптоматика рака шейки матки:

- а) кратерообразная язва, кровоточащая при дотрагивании;

- б) контактные кровотечения;
- в) менометроррагия;
- г) пункты а, б; +
- д) все вышеперечисленные.

57. Перечислите наиболее серьезные осложнения при приеме комбинированных оральных контрацептивов:

- а) тромбоэмболические осложнения; +
- б) сердечно-сосудистые заболевания;
- в) нарушения углеводного, жирового, витаминного обмена;
- г) артериальная гипертензия

58. Место выработки гонадотропных гормонов:

- а) надпочечники;
- б) гипоталамус;
- в) гипофиз; +
- г) яичники.

59. Кислая среда влагалища обеспечивается наличием:

- а) эпителия влагалища;
- б) лейкоцитов;
- в) палочек Додерлейна +
- г) гонококков.

60. При обнаружении патологических изменений на шейке матки необходимо:

- а) взять мазок с измененного участка на цитологическое исследование; +
- б) обработать шейку дезинфицирующим раствором;
- в) наблюдение с периодическими осмотрами.

61. Для клинической картины восходящей гонореи характерно:

- а) острое начало;
- б) резко выраженный болевой синдром;
- в) гипертермия;
- г) все перечисленное; +
- д) ничего из перечисленного.

62. Тактика при клинике «острого живота» на догоспитальном этапе:

- а) обезболивание;
- б) холод на живот;
- в) очистительная клизма;
- г) срочная госпитализация; +

63. Базальная температура измеряется:

- а) утром; +
- б) вечером;
- в) 2 раза в день;
- г) через 3 часа.

64. Специальное гинекологическое исследование включает:

- а) осмотр наружных половых органов;
- б) бимануальное исследование;
- в) осмотр с помощью зеркал;

г) все перечисленное. +

65. Бактериальный вагиноз – это:

- а) воспаление влагалища;
- б) дисбиоз влагалища; +
- в) порок развития влагалища;
- г) злокачественное поражение влагалища.

66. Бесплодный брак – это отсутствие беременности:

- а) вследствие использования контрацептивов;
- б) в течение 6 месяцев половой жизни без предохранения;
- в) в течение 12 месяцев половой жизни; +
- г) в течение 2 лет половой жизни.

67. Наиболее часто встречающаяся патология у женщин в постменопаузе, кроме:

- а) сердечно-сосудистые заболевания;
- б) остеопороз;
- в) депрессия;
- г) рак эндометрия;
- д) предменструальный синдром +

68. Хориокарцинома чаще всего развивается:

- а) вне связи с беременностью.
- б) после выкидыша;
- в) после родов;
- г) после пузырного заноса +

69. Наиболее частая локализация генитального туберкулеза:

- а) матка;
- б) трубы; +
- в) яичники;
- г) влагалище.

70. Обследование супружеской пары при бесплодии начинается с:

- а) гистеросальпингографии;
- б) посткоитального теста;
- в) определения фертильности спермы +
- г) тестов функциональной диагностики.

71. При дисфункциональном маточном кровотечении пременопаузального периода гемостаз производится:

- а) назначением эстроген-гестагенных препаратов;
- б) гемотрансфузией;
- в) утеротониками;
- г) диагностическим выскабливанием полости матки +

4. Инфекционные болезни, в том числе туберкулез в общей врачебной практике (семейной медицине).

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 отмечаются 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 амебиоза:

- 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 амебиоза

- 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 голени 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 самоограничение процесса в пределах тела позвонков с последующим рубцеванием

5. Психиатрия в общей врачебной практике (семейной медицине).

1. Укажите главные признаки психоза:

- а) нелепое поведение, психомоторное возбуждение
- б) галлюцинации, бред +
- в) депрессия, суицидальная настроенность
- г) obsессии, фобии
- д) слабоумие, отсутствие критики

2. Необходимость экстренной госпитализации больного при тяжёлой депрессии обусловлена:

- а) угрозой собственного здоровья
- б) социальной опасностью для окружающих
- в) стойкой бессонницей +
- г) резким снижением аппетита
- д) глубокой двигательной заторможенностью

3. Галлюцинации проявляются:

- а) ошибочным восприятием реально существующего объекта
- б) утратой чувственного восприятия окружающих объектов
- в) чувственным восприятием несуществующего объекта
- г) нарушением пропорций окружающих объектов +
- д) нечётким восприятием окружающих объектов

4. К психогенным заболеваниям с нерезко выраженными психическими нарушениями и сохранением критики к своему состоянию, возникающих у людей определённого склада личности относят:

- а) неврозы +
- б) ядерные психопатии
- в) краевые психопатии
- г) реактивные психозы
- д) акцентуации характера

5. Для депрессии не характерно:

- а) сниженное тоскливое настроение
- б) повышенное настроение +
- в) двигательная заторможенность
- г) нарушение сна
- д) суицидальные попытки

6. Невроз навязчивых состояний легче развивается у лиц со складом характера:

- а) возбудимым
- б) безвольным
- в) истероидным
- г) тревожно-мнительным +
- д) конституционально-депрессивным

7. Главная черта истерической личности:

- а) эгоцентризм +
- б) педантичность
- в) тревожная мнительность
- г) повышенная возбудимость
- д) патологическая замкнутость

8. Предрасполагающий фактор для развития невроза в психотравмирующей ситуации:

- а) акцентуации характера
- б) ядерные и краевые психопатии
- в) холерический и меланхолический типы темперамента
- г) пубертатный и климактерический периоды
- д) всё вышеперечисленное +

9. Склонность к образованию сверхценных идей характерна для психопатии:

- а) неустойчивого типа
- б) паранойяльного типа +
- в) возбудимого типа
- г) шизоидного типа
- д) психастенического типа

10. Соматизированную депрессию можно заподозрить, если у пациента:

- а) соматические жалобы полиморфны, изменчивы, противоречивы
- б) сниженное настроение
- в) имеются расстройства сна, аппетита, половой функции
- г) возникают панические атаки или ипохондрические фобии
- д) наблюдается всё вышеперечисленное +

11. Главный клинический признак второй стадии хронического алкоголизма:

- а) падение толерантности
- б) утрата количественного контроля
- в) исчезновение рвотного рефлекса в состоянии сильного опьянения
- г) появление абстинентного синдрома +
- д) утрата ситуационного контроля

12. Хронический алкоголизм и наркомании чаще развиваются у лиц:

- а) с тяжелыми соматическими заболеваниями
- б) с эндогенными психозами
- в) с психопатическими и невротическими расстройствами +
- г) с повышенной судорожной готовностью
- д) из малообеспеченной части населения

13. Наркомании отличаются от хронического алкоголизма:

- а) более быстрым формированием зависимости
- б) более тяжёлой симптоматикой абстинентного синдрома
- в) постоянным нарастанием толерантности к употребляемому веществу
- г) более быстрой деградацией личности
- д) всем вышеперечисленным +

14. Алкогольный психоз может протекать в виде:

- а) делирия
- б) острого или хронического галлюциноза
- в) бреда ревности или бреда преследования
- г) Корсаковского амнестического психоза
- д) всего вышеперечисленного +

15. Базовая терапия соматизированных депрессий должна проводиться:

- а) седативными
- б) транквилизаторами
- в) нормотимиками

- г) антидепрессантами +
- д) нейролептиками

16. Больной с психическим расстройством не имеет право:

- а) на санаторно-курортное лечение
- б) избрать любую профессиональную деятельность +
- в) пригласить адвоката во время лечения в психиатрическом стационаре
- г) отказаться от лечения, если его поведение не носит социально опасный характер
- д) участвовать в голосовании, если он не признан в законодательном порядке недееспособным

17. Наиболее распространённый тип токсической зависимости среди взрослого населения нашей страны:

- а) опийный +
- б) кокаиновый
- в) барбитуратный
- г) амфетаминовый
- д) каннабиоловый

18. Базисным симптомом шизофрении является:

- а) аутизм
- б) эмоциональное оскуднение
- в) волевое снижение
- г) структурные нарушения мышления
- д) всё вышеперечисленное верно +

19. Вариант депрессивного синдрома, при котором возможно двигательное возбуждение (ажитация):

- а) слезливый
- б) тревожный +
- в) астенический
- г) адинамический
- д) анестетический

20. Наиболее распространённый тип токсической зависимости среди подростков:

- а) кокаиновый
- б) амфетаминовый
- в) летучих жидкостей +
- г) барбитуратный
- д) галлюциногенный

21. Из нижеперечисленных синдромов наиболее распространенным является:

- а) маниакальный
- б) астенический +
- в) депрессивный
- г) параноидный
- д) паранойяльный

22. Наплыв ярких грезоподобных фантастических переживаний характерен для:

- а) кататонического синдрома
- б) синдрома Кандинского-Клерамбо
- в) онейроидного синдрома +

- г) аментивного синдрома
- д) делириозного синдрома

23. Преобладание в клинической картине аффективных расстройств наиболее характерно для:

- а) алкогольного галлюциноза
- б) циклотимии +
- в) истерии
- г) психастении
- д) шизофрении

24. Комплекс постоянных психических свойств человека, которые определяются в его поведении и деятельности, в отношении к обществу, к труду, коллективу, к самому себе называют:

- а) темперамент
- б) характер +
- в) индивидуальность
- г) способности
- д) талант

25. Индивидуально-психологическими особенностями человека, которые отвечают потребностям данной деятельности и являются условием ее успешного выполнения, называют:

- а) темперамент
- б) характер
- в) индивидуальность
- г) способности +
- д) талант

26. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) физической истощаемости
- б) психической истощаемости
- в) фиксационной амнезии+
- г) аффективной лабильности
- д) нарушений сна

27. Астеническому синдрому свойственны все перечисленные расстройства, кроме

- а) гиперестезии
- б) сомато-вегетативных расстройств
- в) нарушения ориентировки+
- г) метеозависимости
- д) расстройства мышления (астенический ментизм)

28. При атеросклерозе для астенического синдрома характерно все перечисленное, кроме:

- а) легких нарушений сознания +
- б) утраты способности к продолжительному умственному и физическому напряжению
- в) восстановления работоспособности после продолжительного отдыха
- г) резко выраженной утомляемости
- д) легкости перехода от сниженного настроения к благодушию и эйфории

29. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме

- а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения

- б) повышенной утомляемости и истощаемости
- в) гиперестезии +
- г) нарушения сознания
- д) сомато-вегетативных нарушений

30. Навязчивые ритуалы характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) навязчивых движений и действий, возникающих вместе с образными навязчивостями
- б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
- в) имеющих значение заклинаний, защиты +
- г) воспроизводящихся вопреки разуму для преодоления другого вида навязчивости
- д) возникающих в связи с ситуационными или аутохтонными навязчивостями

31. Сенестопатии отличаются всем перечисленным, кроме:

- а) восприятия искажения формы и величины своего тела
- б) необычности, вычурности ощущений
- в) объективного отсутствия причин
- г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- д) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела

32. Деперсонализация характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) расстройства самосознания личности
- б) нарушения сознания
- в) чувства измененности, утраты или раздвоения своего Я
- г) отчуждения психических свойств личности
- д) расстройства самосознания витальности и активности +

33. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) утрированного внимания к своему здоровью
- б) бредовой убежденности в существовании неизлечимой болезни
- в) подавленного настроения с сенестопатиями
- г) уверенности в существующем неизлечимом заболевании
- д) разнообразных, мучительных и тягостных ощущений +

34. Припадок истерический проявляется всем перечисленным, кроме:

- а) припадка с клонической и тонической фазой +
- б) разнообразных сложных, выразительных движений
- в) сопровождающего сужения сознания
- г) психогенной обусловленности
- д) усиления и затягивания при скоплении вокруг больного людей

35. Бред характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) несоответствия действительности
- б) доступности для исправления, устранения путем убеждения +
- в) искажения отражения действительности
- г) полного овладения сознанием больного
- д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

36. Для депрессивного синдрома характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффекта тоски
- б) двигательного торможения
- в) меланхолического приступа +
- г) идеаторного торможения

д) депрессивного содержания мышления

37. Навязчивые фобии характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а) неопределенного чувства страха
- б) понимания бессмысленности страха, наряду с попытками справиться с ним
- в) наличия конкретного содержания+
- г) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
- д) всецелого охвата больного страхом

38. У больного повышенное, эйфорическое настроение, он легкомысленно относится к болезни и лечению. Надеется, что "само все обойдется", потому нарушает режим, который приводит к обострению течения болезни. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) утилитарный
- б) анозогностический
- в) неврастенический
- г) эйфорический +
- д) дисфорический

39. Больной активно отбрасывает мысли о болезни и ее возможные последствия, проявления болезни оценивает как "несерьезные ощущения", потому отказывается от обследования и лечения или ограничивается "самолечением". Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) эгоцентрический
- б) гармоничный
- в) апатичный
- г) эйфорический
- д) анозогностический +

40. Больной вполне безразличен к своей болезни и ее последствиям, потерял интерес к жизни, ко всему, что раньше его интересовало. Пассивно принимает лекарства и процедуры. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) ипохондрический
- б) анозогностический
- в) эгоцентрический
- г) апатичный+
- д) депрессивный

41. Больной тревожен, беспокоен, боится возможных осложнений, сомневается в эффективности лечения, настроение подавлено. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) ипохондрический
- б) неврастенический
- в) тревожно-депрессивный+
- г) дисфорический
- д) анозогностический

42. Больной убежден в наличии у него серьезной болезни, постоянно сосредоточен на болезненных ощущениях; переживание и непрерывные разговоры о болезни приводят к преувеличенному субъективному восприятию тех ощущений, которые имеются и поиску мнимых болезней. Желание лечиться совмещается с неверием в успех. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) тревожно-депрессивный
- б) ипохондрический
- в) апатичный

- г) эгоцентрический+
- д) дисфорический

43. Больной раздражителен, нетерпелив к боли, неспособен ожидать результатов обследования и лечения. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) депрессивный
- б) ипохондрический+
- в) эгоцентрический
- г) неврастенический
- д) эйфорический

44. Тревога больного больше касается не реальных, а возможных осложнений болезни, а также мало реальных жизненных трудностей, связанных с ней. Понимает абсурдность своих волнений, но не может преодолеть их. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) неврастенический
- б) дисфорический
- в) апатичный
- г) навязчиво-тревожный+
- д) тревожно-депрессивный

45. У больного угнетенно-злое настроение, взволнованное и склонное к вспышкам крайнего недовольства людьми, которые его окружают, и собой тоже. Скрупулезно выполняет назначения, но с подозрительным недоверием относится к новым назначениям. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) пренебрежительный
- б) дисфорический
- в) утилитарный
- г) депрессивный+
- д) ипохондрический

46. Больной демонстрирует свою болезнь близким и родным с целью привлечь к себе их внимание, требует исключительной заботы о себе. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) утилитарный
- б) эгоцентрический+
- в) гармоничный
- г) анозогностический
- д) пренебрежительный

47. Больной правильно оценивает свою болезнь, стремится активно способствовать лечению, а при неблагоприятном прогнозе переключает внимание на другие факторы. Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) неврастенический
- б) гармоничный+
- в) эйфорический
- г) эгоцентрический
- д) апатичный.

49. Больная довольна, что заболела, утверждая: "Смогу уделить больше внимания детям, не буду водить их в детский садик, сделаю ремонт в квартире, немного почитаю, займусь любимым делом". Какой это тип реагирования на болезнь?

- а) утилитарный
- б) эйфорический+

- в) гармоничный
- г) нозофильный
- д) эгоцентрический

50. Психический процесс, который обеспечивает отображение в сознании и оживание образов, которые были восприняты в прошлом, называется:

- а) представление
- б) мышление
- в) психика
- г) память+
- д) эмоции.

6. Профессиональные болезни в общей врачебной практике (семейной медицине)

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

7. Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в общей врачебной практике (семейной медицине)

1. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относится все перечисленное, кроме:

- а) пятен и волдырей+
- б) пузырьков
- в) наличия венчика гиперемии вокруг очага
- г) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
- д) склонности к рецидивам

2. Первые проявления атопического дерматита чаще всего возникают

- а) с рождения
- б) в 2-3-месячном возрасте+
- в) после года
- г) в дошкольном возрасте
- д) в любом возрасте одинаково часто

3. Гормональный криз новорожденных связан

- а) с врожденным эндокринным заболеванием
- б) с патологией беременности
- в) с преждевременным половым созреванием
- г) с применением глюкокортикостероидных гормонов
- д) с высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного+

4. К врачу обратился мужчина 65 лет по поводу бляшки на лице. При осмотре: в левой височной области бляшка округлой формы около 1 см в диаметре с сероватой плотной коркой. При удалении корки обнажилось слегка кровоточащее уплотненное основание. Образование развивалось медленно, в течение многих лет. Укажите наиболее вероятный диагноз

- а) базалиома
- б) болезнь Боуэна
- в) старческая кератома +
- г) себорейная бородавка
- д) папиллома

5. Укажите среди перечисленных морфологический элемент, характерный для крапивницы

- а) папула
- б) эксфолиация
- в) пятно
- г) уртика +
- д) лихенификация

6. Диагноз «кожный зуд» ставится, когда на коже нет элементов сыпи или есть только

- а) эксфолиации +
- б) волдыри
- в) эрозии
- г) везикулы
- д) папулы

7. Ведущим патогенетическим фактором акне является

- а) гиперандрогения +
- б) нарушение азотистого обмена
- в) изменения аминокислотного состава крови
- г) выраженный иммунодефицит
- д) синдром мальабсорбции

8. Гнойное воспаление экзокринной потовой железы называется

- а) остиофолликулит.
- б) фолликулит
- в) фурункул
- г) псевдофурункул +
- д) карбункул

9. Укажите способ лечения контагиозного моллюска

- а) инъекции антибиотиков
- б) лечение по методу демьяновича
- в) наложение повязок с чистым ихтиолом
- г) выдавливание пинцетом содержимого узелка с последующим смазыванием 5-10% раствором йода +

10. Солнечные лучи, как правило, играют положительную роль при

- а) атопическом дерматите +
- б) дискоидной красной волчанке
- в) розацеа
- г) пузырьчатке истинной
- д) поздней кожной порфирии.

11. В настоящее время наблюдаются различные клинические формы чесотки, кроме

- а) чесотки «чистюль»
- б) чесотки «грязнуль» +

- в) чесотки без ходов
- г) норвежской чесотки

12. Из числа вирусных заболеваний почти исключительно у ВИЧ, инфицированных встречается

- а) контагиозный моллюск
- б) вульгарные и плоские бородавки
- в) остроконечные кондиломы
- г) волосатая лейкоплакия языка +

13. Пальпаторное определение наличия жидкого гноя под кожей называется симптомом

- а) флюктуации +
- б) эчацербации
- в) флюоресценции
- г) эффоресценции
- д) скрытой везикуляции

14. Наиболее частым симптомом хронического гонорейного уретрита является

- а) появление капли гноя по утрам
- б) гематурия +
- в) боли при мочеиспускании
- г) болезненные эрекции
- д) чувство инородного тела в заднем проходе

370. Для лечения хламидийного уретрита применяют

- а) пенициллин
- б) сульфадиметоксин.
- в) доксициклин +
- г) тинидазол

15. Возбудитель гонореи представляет собой

- а) грамотрицательный диплококк
- б) грамположительный диплококк +
- в) бактерию
- г) вирус

16. Чтобы отличить геморрагическое пятно от гиперемического надо

- а) смазывать маслом
- б) смазывать йодом
- в) нажать пуговчатым зондом
- г) Провести диаскопию +

17. Глюкокортикоидные гормоны в общей терапии назначаются по жизненным показаниям больным

- а) экссудативным псориазом
- б) атопическим дерматитом
- в) дискоидной красной волчанкой
- г) вульгарной пузырчаткой +

18. Для экземы наиболее характерным является следующий первичный морфологический элемент

- а) эритема

- б) папула
- в) микровезикула +
- г) волдырь
- д) пузырь

19. В стадию мокнутия для наружной терапии экземы применяются только

- а) присыпки
- б) кремы
- в) пасты
- г) примочки+

20. В ответ на воздействие концентрированной серной кислоты возникает

- а) простой контактный дерматит +
- б) аллергический контактный дерматит
- в) токсикодермия
- г) экзема
- д) пиодермия

21. У больного после внутримышечного введения пенициллина возникла

- а) токсикодермия +
- б) аллергический дерматит
- в) псориаз
- г) экзема

22. Собственно дерма состоит из двух слоев

- а) сосочкового и сетчатого +
- б) рогового и блестящего
- в) блестящего и зернистого
- г) зернистого и шиповатого
- д) шиповатого и базального

8. Актуальные вопросы онкологии в общей врачебной практике (семейной медицине).

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) Заключение онколога
- б) Заключение химиотерапевта
- в) Решения консилиума специалистов +
- г) Заключение 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 маммография
 - 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) скирр;
 - в) медуллярный;
 - г) паренхиматозный
16. Если в опухоли преобладает строма, то такой рак называют:
- а) солидный;
 - б) скирр, 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. Гемобластозы (+)
- 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

9. Актуальные вопросы профилактики в общей врачебной практике (семейной медицине).

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 гипертония, гиперхолестеринемия, курение +
- б) злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, гипо- α -холестеринемия
- в) избыточный вес и ожирение, низкое потребление фруктов и овощей, артериальная гипертония
- 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

10. Актуальные вопросы ревматологии в общей врачебной практике (семейной медицине) (адаптационная дисциплина) - представлены в модуле «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

11. Актуальные вопросы кардиологии в общей врачебной практике (семейной медицине) (адаптационная дисциплина) - представлены в модуле «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

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 в общей врачебной практике

1. Навыки общения с пациентом и его родственниками;
2. Особенности общения с детьми и пожилыми;
3. Навыки общения с коллегами;
4. 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.

Хирургические болезни

1. Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;
2. Наблюдение за оперированными пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе;
3. Пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе;
4. Зондирование полостей и свищей;
5. Местная инфильтрационная анестезия;
6. Техника обработки рук;

7. Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала;
8. Утилизация медицинских отходов (биоматериала, шприцов, игл и др.)
9. Первичная хирургическая обработка поверхностных ран;
10. Снятие швов;
11. Обработка ожоговой поверхности;
12. Наложение повязок;
13. Вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев;
14. Проведение всех видов инъекций, постановка периферического катетера в вены конечностей;
15. Определение группы крови, резус-фактора;
16. Капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей;
17. Введение сывороток;
18. Временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, пальцевым прижатием, наложением зажима в ране, гемостатическими веществами местного действия);
19. Катетеризация мочевого пузыря, промывание мочевого пузыря;
20. Промывание желудка зондом;
21. Постановка очистительных клизм;
22. Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы;
23. Обработка пролежней;
24. Наложение калоприемника;
25. Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника.

Акушерство и гинекология в общей врачебной практике

1. Сбор анамнеза у беременных, обследование по органам и системам;
2. Проведение наружного акушерского исследования;
3. Выполнение влагалищного исследования беременной;
4. Проведение пельвиометрии;
5. Выслушивание сердцебиения плода;
6. Определение срока беременности;
7. Оценка внутриутробного состояния плода;
8. Выделение групп риска среди беременных;
9. Составление плана ведения беременной;
10. Определение 28-30-недельной беременности и оформление дородового и послеродового отпуска;
11. Диагностика гестозов;
12. Ведение физиологических родов;
13. Оценка новорожденного по шкале Апгар;
14. Оценка течения послеродового периода;
15. Диспансерное наблюдение за беременными с нормально протекающей беременностью;
16. Взятие мазков из влагалища на степень чистоты;
17. Взятие мазков на атипические клетки;
18. Выделение группы риска по развитию злокачественных опухолей женских половых органов.

Болезни детей и подростков в общей врачебной практике

1. Выделение групп здоровья детей;
2. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка;
3. Уход за новорожденным (пеленание, подмывание, гигиеническая ванна, подготовка к кормлению);
4. Расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери;
5. Расчет питания детей 1-го года жизни;

6. Коррекция питания детей 1-го года жизни при гипотрофии, аллергическом диатезе, анемиях, рахите;
7. Методика диспансерного наблюдения за ребенком раннего возраста в поликлинике с оформлением типовой медицинской документации;
8. Экспертиза временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

Инфекционные болезни и туберкулез в общей врачебной практике

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.

Болезни нервной системы в общей врачебной практике

1. Исследование 12 пар черепно-мозговых нервов;
2. Определение реакции зрачков на свет;
3. Исследование патологических рефлексов;
4. Исследование менингеальных симптомов;
5. Исследование моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактур, атрофии мышц);
6. Исследование тактильной и болевой чувствительности;
7. Исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек);
8. Ведение типовой медицинской документации.

Пациент с нарушением психики в общей врачебной практике

1. Проведение первичного освидетельствования психически больных на дому и в стационаре с юридическим грамотным направлением к психиатру;
2. Выявление особенностей патологии мышления психически больного, имеющие наибольшую социальную опасность;
3. Умение диагностировать:
 - простое алкогольное опьянение
 - наркотическое опьянение
 - барбитуровое опьянение;
4. Выявление психотического состояния;
5. Умение вести переговоры с лицом, готовым произвести суицид;
6. Практическое освоение организации системы диспансерного наблюдения психически больных на врачебном участке;
7. Определение признаков депрессий.

ЛОР болезни в общей врачебной практике

1. Проведение отоскопии;
2. Проведение пороговой аудиометрии;

3. Выявление спонтанных вестибулярных нарушений (головокружение, вегетативные реакции, нистагм, нарушение координации);
4. Определение проходимости слуховой трубы;
5. Зондирование и промывание лакун миндалин;
6. Введение в ухо турунд с лекарственными средствами;
7. Промывание уха для удаления инородных тел, серной пробки;
8. Проведение передней и задней риноскопии;
9. Удаление инородных тел из носа;
10. Проведение передней тампонады носа;
11. Удаление инородных тел из глотки;
12. Проведение не прямой ларингоскопии;
13. Уход за трахеостомой и трахеотомической трубкой;
14. Первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины.

Глазные болезни в общей врачебной практике

1. Клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века, слезной железы, определение подвижности глазных яблок);
2. Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения;
3. Осмотр глубоких сред методом проходящего света;
4. Определение остроты зрения;
5. Определение цветового зрения;
6. Определение знака и силы оптического стекла;
7. Определение клинической рефракции при остроте зрения менее 1,0 и при остроте зрения 1,0;
8. Выписка очков при нарушениях рефракции;
9. Исследование поля зрения;
10. Определение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронным тонометром);
11. Удаление инородных тел с конъюнктивы и роговицы;
12. Обработка глаз при ожогах;
13. Промывание глаз;
14. Накладывание монокулярной асептической повязки.

Кожные и венерические болезни в общей врачебной практике

1. Сбор патологического материала для микроскопического исследования на грибы;
2. Оценка результатов серологического исследования при сифилисе;
3. Оценка результатов лабораторных исследований (бактериоскопии, иммунофлюоресценции, ПЦР, культурального методов) при урогенитальных инфекциях;
4. Назначение местного лечения при:
 - гнойничковых болезнях кожи
 - поверхностном кандидозе
 - педикулезе
 - атопическом дерматите;
5. Диаскопия;
6. Методика применения наружных лекарственных средств при заболеваниях кожи;
7. Дезинфекция рук и инструментария при работе с больными заразными кожными заболеваниями и урогенитальными инфекциями.

Болезни зубов, слизистой полости рта и языка в общей врачебной практике

1. Методика осмотра полости рта;
2. Методика обследования зубов;

3. Методика обследования пародонта;
4. методика обследования слизистой оболочки полости рта.

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 съеденой 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 39,6°С, 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- гнойной мокроты в небольшом количестве, небольшую одышку при физической нагрузке, общую слабость. Заболел около недели назад, после переохлаждения. Появился насморк, першение в горле, сухой кашель, повысилась температура до 37,2оС, 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, 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), 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 отстает 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: Нв - 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, 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, 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; вентилиционно-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 пламиногена (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 голени 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. Тромбоэмболия 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 пере-нес пневмонию.

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

На основании обследования устанавливается диагноз- Хронический гнойный бронхит. Эмфиземы легких. Хронического Легочного сердца. ДН1 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 удлинённого выдоха, цианоз. В лёгких дыхание жёсткое, 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 лёгких. Пневмосклероз. Хроническое лёгочное сердце. ДН-II.

2.ФВД – с определением ОФВ-1 (менее 70%), ОФВ-1/ЖЕЛ – менее 70%. Рентген органов грудной клетки – усиление и деформация лёгочного рисунка, увеличение правых отделов сердца. На ЭКГ - $\uparrow S$ 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 \downarrow 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, теofilлин; холинолитики – атровент, тиотропиум бромид); муколитики, в том числе АЦЦ.

Необходимо на СЭЖ (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 - селектив. 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.

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 снаружи 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 среднеключичной 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, подчеркнутая 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 Hb, 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. Ассиметричная гипертрофия перегородки.

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

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, эритро. 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 35,0С. 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 II ст. III ФК.

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 гипертензия. 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, дизэнцефальный 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. АД220/120мм 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 0ст. 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 загрудинные 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 балонного 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 поляризующая смесь). После каждой инъекции лекарственного вещества проводится электрическая дефибрилляция несколькими разрядами. Лечение инфаркта миокарда - антитромботические агенты (аспирин, антагонисты рецепторов к аденозиндифосфату: тиенопиридины, блокаторы гликопротеиновых П₂/П₃ 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 «зубрина».

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 внутрисердечного 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 внутривнутрипеченочного 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 М. 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. Гипербилирубинемия 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 срыва. 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, гастрал). 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. Антинуклеарные 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, 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. 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) 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. 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 выросли 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; лейкоц. 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, 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. 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) АА-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, гидроперикард, гидроторакс. Волосы и ногти ломкие. Кожа сухая. Малое количество мочи, жажда, сухость во рту, тошнота, рвота. Расширение 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^oC, 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 (Уросульфан) 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 люмбалгии 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 гипертензия, III ст. ХПН 5 ст. Электролитные нарушения – гиперкалиемия. Анемия

2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, глюкоза, холестерин, мочеви́на, электролиты (К, Mg, Са), 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 гипертензии – 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 гипертензии – доксазозин, фозиноприл 10-20 мг/сут, Гемодез. Цитостатики – циклофосфан 150 мг/сут. Курантил 400 мг/сут. Гепарин 5000 ЕД х 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 эритропоэтина. 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 остrokонечные, 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, мочеви́на, 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 эритропоэтина. 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, мочевая кислота, креатинин, мочевины, 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, мочевая кислота, креатинин, мочевины, 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, лейко. – $6,2 \cdot 10^9$ /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 - 115 г/л, Эр.4,5*10¹²/л, ретикулоциты - 14%, лейкоциты, тромбоциты — норма.

Билирубин-36.0 мкмоль/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 клеточным.

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, мочевины, креатинин. 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 период 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 11x10⁹/л, лейкоциты 3,5-10⁹/л. Анизо-пойкилоцитоз, поли-сегментированные нейтрофилы. Железо сыворотки крови 27 мкмоль/л, билирубин 32 мкмоль/л, непрямой 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 обследова-нии?
- 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. Монотерапия 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, антибиотики, 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.

1. Определение специальности “общая врачебная практика (семейная медицина)”. История становления ОВП/СМ в мире и в Российской Федерации. Определение врача-специалиста «врача общей практики (семейного врача)» и его место в первичном звене здравоохранения.

2. Законы и нормативные документы федерального и регионального уровня, регулирующие профессиональную деятельность ОВП/СМ: должностные (функциональные) обязанности и права ВОП/СМ по всем видам деятельности; система подготовки ВОП/СМ; компетенции врача ВПП/СМ.

3. Организация первичной медико-санитарной помощи по принципу ВОП/СМ. Нормативные документы. Положения о центре, отделении и кабинете ВОП/СМ: штатные нормативы, функции, оснащение оборудованием.

4. Модели работы врача общей практики в РФ и за рубежом. Особенности работы в сельской местности.

5. Организация стационарзамещающих форм (дневного стационара и стационара на дому). Взаимодействие ВОП/СМ со специалистами узкого профиля.

6. Основы медицинской психологии: определение понятий, психология больного и здорового человека; психология человека, прекращающего профессиональную деятельность; психология одинокого человека, психология подростка; психология стареющего человека.

7. Основы семейной психологии: жизненный цикл семьи, взаимоотношения членов семьи, включая эмоции; насилие в семье, воспитание ребенка в семье.

8. Взаимоотношения врача и пациента: психология общения; этические, юридические и профессиональные принципы взаимоотношений врача и пациента; модели общения врача и пациента, врача и коллектива.

9. Особенности обследования, ведения пациентов в ОВП/СМ.

10. Общие принципы лечения и реабилитации распространенных заболеваний в ОВП: немедикаментозные, лекарственные методы, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, психотерапия, санаторно-курортное лечение, «семейная терапия».

11. Консультирование в ОВП/СМ – биосоциальный подход Модели консультирования в ОВП/СМ. Методики консультирования: директивное и недирективное. Этапы проведения консультаций. Консультирование по телефону, сообщение плохих новостей.

12. Особенности консультирования ОВП/СМ детей, подростков, пожилых, одиноких, пациентов различных культур и вероисповеданий.
13. Основные симптомы и синдромы в пульмонологии. Исследование функции внешнего дыхания. Основные показатели.
14. Острый бронхит. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, лабораторная и функциональная диагностика. Лечение, профилактика.
15. Бронхит хронический. Этиология, патогенез, классификация, диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Клиника обструктивного и необструктивного бронхита. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
16. Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Определение понятия. Этиология, патогенез, патоморфология. Диагностика и мониторинг течения ХОБЛ. Определение степени тяжести. Лечение ХОБЛ стабильного течения. Лечение обострений ХОБЛ. ХОБЛ и сопутствующие заболевания. Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПБАХ).
17. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Определение степени тяжести бронхиальной астмы. Стандарты терапии бронхиальной астмы. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
18. Пневмонии. Этиология, патогенез, патоморфология, современная классификация.
19. Клиническая картина и критерии диагноза внебольничных, нозокомиальных, атипичных пневмоний. Вторичные пневмонии. Методы диагностики. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации пациентов. Показания к нахождению пациентов в отделении интенсивной терапии.
20. Критерии пневмонии тяжелого течения. Осложнения: Отек легких (дистресс синдром). Инфекционно-токсический шок. Сепсис. Современные подходы к лечению пневмоний. Критерии эффективности лечения. Профилактика, диспансеризация, МСЭ. Тактика ведения больных с тяжелой пневмонией. Проблемы антибиотикотерапии.
21. Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика, лечение. Тактика ведения пациентов. Консервативная терапия. Показания к инвазивным методам лечения. Виды инвазивного лечения.
22. Синдром трахеобронхиальной дискинезии. Классификация дискинезий и дисплазий бронхов. Вторичные бронхоэктазы и бронхоэктатическая болезнь. Вклад наследственной патологии. Этиология, патогенез, морфология. Классификация. Лабораторная, рентгенологическая диагностика. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
23. Диффузные интерстициальные заболевания легких. Современная классификация. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению. Прогноз, МСЭ. Экзогенные аллергические альвеолиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
24. Саркоидоз. Этиология, патогенез, морфология. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ. Синдром легочной диссеминации. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
25. Синдром объемного образования в легких. Дифференциальная диагностика объемных образований в легких. Методы скрининга. Неинвазивные и инвазивные методы верификации диагноза.
26. Кровохарканье и легочные кровотечения. Особенности легочного кровоснабжения. Источники кровотечения. Этиология. Заболевания, сопровождающиеся кровохарканьем. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
27. Синдром легочной гипертензии. Классификация. Этиология. Генетика. Патогенез. Диагностика. Оценка тяжести заболевания. Дифференциальный диагноз. Лечение: общие рекомендации, поддерживающая терапия, специфическая медикаментозная терапия, комбинированная терапия, хирургические методы лечения

28. Синдром плеврального выпота. Этиология, патогенез, классификация. Методы диагностики. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.

29. Дыхательная недостаточность. Виды: острая, хроническая. Обструктивный и рестриктивный типы. Диагностика, клинические и функциональные признаки, типичные заболевания, обуславливающие развитие ДН. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: острый респираторный дистресс-синдром, причины, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. Тяжелое течение острой дыхательной недостаточности: астматический статус, принципы диагностики и лечения.

30. Дислипидемии. Периоды течения атеросклероза, клинические формы, тактика обследования. Первичные и вторичные дислипидемии: классификация, профилактика первичная и вторичная. Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

31. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Классификация по МКБ-10. Понятие об острых и хронических формах ИБС. Эпидемиология, естественное течение и прогноз. Современная оценка степени сердечно-сосудистого риска. Понятие о модифицируемых и немодифицируемых факторах риска. Современные профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ (медико-социальная экспертиза).

32. Стенокардия напряжения. Классификация. Симптомы и признаки. Типы болевого синдрома при стенокардии напряжения. Дифференциальный диагноз. Понятие о предстеновой вероятности ИБС. Стратификация риска событий по данным клинического исследования, оценки функции левого желудочка, результатов нагрузочных проб, изучения коронарной анатомии. Аспекты лечения бессимптомного индивидуума с установленной ИБС. Аспекты лечения пациента с установленной ИБС. Общие принципы лечения. Фармакологическое лечение пациентов со стабильной ИБС. Профилактика событий.

33. Коронарная реваскуляризация при ИБС: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Микрососудистая и вазоспастическая стенокардия: клиническая картина, патогенез и прогноз, диагностика и ведение пациентов. Безболевая ишемия миокарда: диагностика, тактика ведения пациентов.

34. Острые формы ИБС. Нестабильная стенокардия: определение, классификация. Соотношение понятий «Острый коронарный синдром», «Нестабильная стенокардия» и «Инфаркт миокарда». Острый коронарный синдром. Формы острого коронарного синдрома. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения пациентов ОКС без подъема сегмента ST. Тактика ведения пациентов ОКС с подъемом сегмента ST. Течение и исходы ОКС. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения.

35. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, патоморфология. Коронарное кровоснабжение. Современная классификация ИМ: типы, стадии ИМ. Определение локализации ИМ. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Атипичные клинические формы инфаркта миокарда. Варианты гемодинамических изменений при остром ИМ. Методы визуализации при инфаркте миокарда. Современная тактика ведения пациентов. Восстановление коронарного кровотока. Коронарная реваскуляризация: общие принципы, виды вмешательств, тактика выбора вмешательства, осложнения. Диагностика и лечение ранних и поздних осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.

36. Постинфарктный кардиосклероз: варианты клиники и течения. Аневризма левого желудочка: клиника, диагностика, лечение. Ишемические синдромы. Ишемическая кардиомиопатия: этапы развития, диагностика, лечение.

37. Синкопальные состояния. Артериальная гипотония: этиология, патогенез, прогноз, тактика ведения. Причины и дифференциальный диагноз синкопальных состояний. Внезапная сердечная смерть: определение понятия, причина, группы риска, профилактика. Сердечно-легочная реанимация.

38. Гипертоническая болезнь. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Группы риска. Диагностика, дифференциальная

диагностика. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения. Особенности течения гипертонической болезни у детей, подростков и пожилым возрасте. Артериальная гипертензия при беременности и у женщин в постменопаузе. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.

39. Симптоматические артериальные гипертонии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, МСЭ.

40. Нейроциркуляторная дистония. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

41. Кардиомиопатии. Определение кардиомиопатии (КМП). Первичные и вторичные КМП. Классификация первичных КМП. Этиология вторичных КМП. Типы КМП. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Показания для имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Прогноз, МСЭ.

42. Приобретенные пороки сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия; митральная недостаточность; стеноз аортального клапана; недостаточность аортального клапана; пороки трехстворчатого клапана. Этиология и патогенез. Изменения гемодинамики. Клиника. Осложнения. Диагностика и определение степени выраженности порока. Тактика ведения больных. Профилактика, реабилитация, МСЭ.

43. Врожденные пороки сердца. Классификация. Открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты, аномалия Эбштейна, тетрада Фалло, синдром Эйзенменгера. Пропалс митрального клапана. Клиническая картина. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация.

44. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, варианты течения, клиническая картина, осложнения. Особенности течения у отдельных категорий пациентов (пожилые, сахарный диабет, алкоголизм, наркоманы, иммунодефицит). Диагностика. Тактика лечения пациентов (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.

45. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте. Лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.

46. Нарушения ритма и проводимости сердца. Этиология и патогенез нарушений ритма. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, ЭКГ, ЧПЭС, ЭФИ.

47. Классы антиаритмических препаратов. Показания к лечению. Медикаментозная и электрическая кардиоверсия. Хирургические методы лечения. Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции. Профилактика нарушений ритма и проводимости. Реабилитация. МСЭ.

48. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификации острой и хронической сердечной недостаточности. Клинические варианты сердечной недостаточности. Диагноз и дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.

49. Аневризмы аорты: этиология, классификация, осложнения, клиническое течение, дифференциальный диагноз, оптимальная тактика обследования, лечение.

50. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Понятие о риске эмбологенного венозного тромбоза и ТЭЛА. Диагноз, дифференциальный диагноз, прогностические шкалы. Тактика ведения пациентов разных степеней риска.

51. Синдром дисфагии; врожденные аномалии пищевода; функциональные болезни пищевода; вторичные эзофагеальные дискинезии, дивертикулы пищевода.

52. Ахалазия кардии: клиника, диагностика, лечение.

53. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, клиника, диагностика, лечение.

54. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; пищевод Баррета. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов, лечение, профилактика. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.

55. Функциональные расстройства двигательной и секреторной функции желудка, синдром функциональной неязвенной диспепсии. Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальный диагноз.

56. Острый и хронический гастриты; острые и хронические эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.

57. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки постгастрорезекционные расстройства; симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, осложнения. Методы диагностики инфицирования *Helicobacter pylori* и эффективности эрадикационной терапии. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов, лечение, профилактика. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.

58. Клинико-лабораторные синдромы в гепатологии. Роль морфологических методов исследования в диагностике заболеваний печени. Строение сосудистой системы печени, синдром портальной гипертензии.

59. Гепатиты острые и хронические: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, современные подходы к эффективной терапии.

60. Циррозы печени: эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, исходы заболевания. Осложнения цирроза печени: печеночно-клеточная недостаточность (печеночная энцефалопатия, желтуха, кома), портальная гипертензия. Принципы лечения циррозов печени.

61. Гепаторенальный синдром, Гепатопульмональный синдром. Клиника, диагностика, лечение.

62. Пигментные гепатозы (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра, синдром Дабина-Джонсона и Ротора): этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

63. Гемохроматоз. Этиология, патогенез. Идиопатический гемохроматоз и гемосидероз. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

64. Болезнь Вильсона-Коновалова. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

65. Стеатогепатиты. Поражение печени при алкогольной болезни и неалкогольном стеатогепатите. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

66. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Тромбозы системы воротной вены. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

67. Синдром холестаза. Виды холестаза. Дифференциальный диагноз.

68. Холангиты. Этиология, патогенез. Инфекционные и паразитарные поражения желчных протоков. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

69. Холецистит острый и хронический. Этиология, патогенез. Диагностика, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

70. Желчекаменная болезнь. Постхолецистэктомический синдром.

71. Функциональные расстройства билиарного тракта. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз.

72. Острые и хронические панкреатиты, классификация, лечение, диагностика. Осложнения острого панкреатита. Синдром панкреатической недостаточности.

73. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез. Критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дисбактериоз кишечника.

74. Энтеропатии: целиакия, болезнь Гордона, болезнь Уиппла. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Лечение.

75. Воспалительные заболевания кишечника: неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Патогенез. Клиническая картина. Классификация. Критерии. Дифференциальный диагноз. Современная тактика ведения пациентов. Осложнения. Лечение. Прогноз. Реабилитация.
76. Микроскопический, лимфоцитарный, недифференцированный колиты. Дивертикулез толстого кишечника. Клиническая картина. Критерии диагноза. Тактика ведения.
77. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов.
78. Дифференциальный диагноз анемий. Классификация анемий. Причины, патогенез. Особенности клинической картины. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов железodefицитной, В-12-дефицитной, фолиево-дефицитной анемиями. Формы гемолиза. Гемолитические анемии: причины, классификация, клинические проявления. Тактика ведения пациентов. Прогноз.
79. Миелопролиферативные заболевания:
80. Острые лейкозы. Классификация. Патогенез. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
81. Хронические миелопролиферативные заболевания. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
82. Болезнь Ходжкина. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз.
83. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Принципы терапии. Прогноз.
84. Паранепротеинемические гемобластозы. Этиология. Патогенез. Классификация.
85. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Синдром гипервязкости. Принципы терапии. Прогноз.
86. Миелодиспластические синдромы. Этиология. Патогенез. Классификация. Мутации. Диагностика. Клиническая картина отдельных форм. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Прогноз.
87. Патология гемостаза. Тромбофилии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз. Коагулопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз.
88. Ревматоидный артрит. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
89. Спондилоартриты. Анкилозирующий спондилит, реактивный артрит, псориатический артрит. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
90. Инфекционные артриты. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
91. Микрористаллические артриты. Подагра. Этиология, патогенез. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения пациентов. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
92. Дегенеративные, метаболические и другие невоспалительные заболевания суставов, позвоночника и костей: остеоартроз; дегенеративные заболевания позвоночника; спондилоартроз; остеопороз; остеомалация; артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями. Распространенность и факторы риска. Этиология и патогенез. Основные клинические формы. Критерии диагноза. Рентгенологические признаки. Принципы терапии. Ортопедическое и хирургическое лечение.
93. Дифференциальная диагностика диффузных заболеваний соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия; дерматомиозит и полимиозит; болезнь Шегрена; антифосфолипидный синдром. Современные подходы к эффективной терапии, профилактика прогноз, МСЭ.
94. Системные васкулиты. Эпидемиология, этиология, классификация, диагностика, современные подходы к эффективной терапии, профилактика прогноз, МСЭ.

95. Методы лечения ревматических заболеваний. Клиническая фармакология. Классификация противоревматических средств. Основные группы противоревматических средств. Терапия при острых неотложных состояниях в ревматологии.

96. Гломерулонефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

97. Тубулоинтерстициальные нефриты. Классификация. Этиология, патогенез, патоморфология. Клинические проявления. Морфологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больных. Современные подходы к терапии. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.

98. Пиелонефриты. Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.

99. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, диспансеризация, МСЭ.

100. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

101. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Виды, показания, техника проведения, осложнения и тактика ведения пациентов на заместительной почечной терапии.

102. Рак мочевого пузыря: диагностика, лечение, профилактика

103. Аденома и рак предстательной железы: диагностика, лечение, профилактика

104. Синдром гиперактивного мочевого пузыря: диагностика, лечение, профилактика

105. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клиническая и лабораторная диагностика. Комы при сахарном диабете. Лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.

106. Болезни щитовидной железы. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.

107. Патология паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Гипопаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.

108. Ожирение. Метаболический синдром. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.

109. Болезнь Иценко-Кушинга. Акромегалия. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромоцитома. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.

110. Гипо- и авитаминозы. Классификация, дифференциальный диагноз. Подходы к лечению. Профилактика.

111. Основные наследственные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ. Классификация, дифференциальный диагноз. Подходы к лечению. Профилактика.

112. Организация медицинской помощи матерям и детям в Российской Федерации. Нормативные документы, регулирующие оказание помощи детям и подросткам в ОВП.

113. Наблюдение за здоровым ребенком по годам. Особенности клинического осмотра ребенка разных возрастных периодов. Оценка физического развития детей. Оценка полового созревания. Оценка психомоторного развития. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Группы здоровья детей.

114. Вакцинопрофилактика у детей. Национальный календарь прививок.
115. Профилактические осмотры в школе/других образовательных учреждениях, экспертиза годности к занятию спортом, ориентация на выбор профессии
116. Физиология и патология детей периода новорожденности.
117. Неотложные состояния в неонатологии, организация медицинской помощи. Уход за новорожденным Выхаживание недоношенных детей. Расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери.
118. Ребенок первого года жизни: основные симптомы, синдромы и болезни. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни. Расчет питания для детей 1-ого года жизни. Составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии
119. Клиническая анатомия и физиология различных стадий подросткового периода и варианты развития. Физические нагрузки. Обследование и оценка состояния подростка для принятия решения об участии в спортивных мероприятиях.
120. Психосоциальные проблемы подростков: профилактика рискованного поведения; профилактика травматизма и несчастных случаев; отказ от табакокурения; наркомании, токсикомании, злоупотребления алкоголем/алкоголизм.
121. Заболевания органов дыхания у детей и подростков: кашель, тонзиллит/фарингит/синусит, вирусные инфекции дыхательных путей, пневмонии, аллергический ринит, бронхиальная астма. Диагностика, лечение, профилактика.
122. Заболевания сердечно-сосудистой системы у детей и подростков: сердечные шумы; нарушения ритма и проводимости; пороки сердца врожденные и приобретенные; артериальная гипертензия; сердечная недостаточность.
123. Системные заболевания/состояния соединительной ткани и суставов у детей и подростков: Ювенильный ревматоидный артрит, Острая ревматическая лихорадка Дисплазия соединительной ткани. Врожденная и наследственная патология суставов.
124. Особенности анемий у детей. Диагностика, лечение, профилактика.
125. Внезапная смерть ребенка: причины, профилактика.
126. Организация гериатрической службы в Российской Федерации. Взаимодействие ВОП/СМ с гериатром. Маршрутизация пациентов. Взаимодействие с социальной службой, роль участковой службы, показания к специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте.
127. Комплексная гериатрическая оценка. Основные этапы, содержание, структура заключения и индивидуального плана, организация контроля его выполнения. Синдром старческой астении. Определение, клиника, диагностика, лечение Определение, маркеры, факторы риска, фенотип и индекс «хрупкости». Скрининг на синдром старческой астении. Особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении.
128. Модель «пожилой» пациент. Основные гериатрические синдромы: падения, саркопения, остеопороз, синдром мальнутриции, функциональная зависимость, депрессия, деменция, недержание мочи, нарушение сна, полипрагмазия, болевой синдром, сенсорные дефициты Выявление основных гериатрических синдромов, их клиническая и прогностическая значимость, особенности ведения, реабилитационные и адаптивные технологии.
129. Оценка безопасности лекарственных препаратов для пожилых пациентов Особенности фармакодинамики и фармакокинетики у пожилого человека; Безопасность лекарственной терапии по критериям Бирс, СТОП_старт, полипрагмазия и способы ее преодоления, расчет дозы лекарственного препарата при почечной и печеночной недостаточности
130. Основы паллиативной гериатрии. Ведение пожилых пациентов с функциональными нарушениями (маломобильных, когнитивно-ослабленных). Патронаж маломобильных пациентов на дому, организация медицинской помощи для пациентов с деменцией, этические нормы, профилактика пролежней, взаимодействие с социальной службой, семьей, опекунами.
131. Профилактика преждевременного старения. Основные механизмы старения. Роль генетического аппарата в механизме старения. Программы активного долголетия.

132. Старческие заболевания опорно-двигательного аппарата: остеоартрит, остеопороз, переломы; дегенеративная патология позвоночника. Ведение пациентов с падениями. Факторы риска, профилактика, диагностика, организация дома для пациентов с высоким риском падений, определение уровня физической активности и рекомендации по лечебной физкультуре

133. Ведение пожилых пациентов с синдромом мальнутриции Особенности пищеварения у лиц старческого возраста, дисфагии, запоры, риски пониженного питания, рекомендации по организации питания для пожилых пациентов

134. Психосоматические нарушения у пожилых: старческая деменция; когнитивные нарушения; депрессии. Нейропротективная терапия в пожилом возрасте. Особенности ухода за пожилыми с нарушениями психики.

135. Маршрутизация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы при проведении острых состояниях, плановом лечении, медицинской реабилитации и паллиативной помощи. Роль врача ОВП/СМ в маршрутизации пациентов с неврологическими заболеваниями.

136. Сосудистые заболевания головного мозга: преходящее нарушение мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака) и ишемический инсульт; кровоизлияние в мозг; хроническая ишемия головного мозга; субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние. Классификация сосудистых заболеваний головного мозга. Этиология, клиника, лечение. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Первичная и вторичная профилактика инсульта.

137. Гипертоническая энцефалопатия; сосудистая деменция. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика

138. Эпилепсия: этиология, патогенез. классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

139. Нейродегенеративные заболевания головного мозга. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

140. Опухоли головного мозга. Общемозговые и очаговые симптомы. Медицинская и социальная реабилитация больных после нейрохирургических операций.

141. Головные боли. Первичные, вторичные головные боли, мигрень. Головная боль напряжения. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и лечения.

142. Закрытая и открытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга, ушиб и сдавление головного мозга. Клиника, диагностика, терапия. Отдаленные последствия травмы головы: клиника, обследование, терапия, медицинская и социальная реабилитации травматических больных.

143. Инфекционные заболевания головного мозга: менингиты, энцефалиты: этиология, клиника, диагностика, патогенез, лечение, профилактика.

144. Мононевропатии: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

145. Невропатия лицевого нерва: клиника, диагностика, лечение.

146. Невралгия тройничного нерва: клиника, диагностика, лечение.

147. Невропатия срединного, локтевого, лучевого, малоберцового, большеберцового нервов. Туннельные синдромы, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению. Синдром карпального канала, кубитального канала.

148. Полиневропатии: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

149. Дорсопатия. Этиология, патогенез, классификация, диагностика

150. Скелетно-мышечная неспецифическая боль и невропатическая боль. Механизмы боли. Патогенез. Алгоритм диагностики и принципы терапии.

151. Виды нарушения рефракции: миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм. Диагностика, лечение, профилактика ВОП/СМ.

152. Косоглазие. Понятие о косоглазии: виды, этиология, методы диагностики, особенности реабилитации пациентов с косоглазием. Диагностика, лечение, профилактика ВОП/СМ.

153. Методы коррекции аномалий рефракции. Оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии.

154. Воспалительные заболевания кожи век и орбиты: стрепто- и стафилококковые пиодермии, фурункул, заболевания реберного края век (блефарит), чешуйчатый блефарит, язвенный блефарит, розацеа блефарит, инфекционные фолликулярные блефариты, ячмень, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, простой герпес, опоясывающий лишай, грибковые заболевания. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
155. Неинфекционные (аллергические) заболевания век: ангионевротический отек, крапивница, фотоаллергический дерматоз, контактная экзема, лекарственный дерматит, инсектная реакция, гельминтная аллергия. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
156. Заболевания слезных органов: острое и хроническое воспаление слезной железы. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
157. Заболевания слезного мешка и слезно-носового канала. Острый дакриоцистит (флегмона). Хронический дакриоцистит. Диагностические методы. Тактика лечения. Зондирование слезных канальцев.
158. Синдром сухого глаза. Этиология, диагностика, лечение, профилактика.
159. Острые и хронические конъюнктивиты. Этиология. Клинические особенности проявления вирусных и бактериальных конъюнктивитов. Диагностика. Лечение конъюнктивитов в практике врача ОВП.
160. Конъюнктивиты при общих вирусных инфекционных заболеваниях (корь, ветрянка натуральная оспа, covid). Вакцинальный конъюнктивит
161. Кератиты. Этиология. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Тактика врача ОВП при подозрении на кератит. Бактериальная язва роговицы, первая помощь, тактика ведения.
162. Заболевания хрусталика. Распознавание катаракты. Классификация и особенности течения заболевания (врожденная катаракты, старческая катаракты, осложненная катаракты, травматическая катаракта). Тактика ведения больных врачом общей практики (семейным врачом).
163. Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Ведение больных глаукомой врачом общей практики
164. Возрастная макулодистрофия. Выявление пациентов группы риска. Раннее выявление больных с ВМД. Профилактика.
165. Травмы глаз. Прободные и непрободные ранения глазного яблока. Первая врачебная помощь при травмах глаза.
166. Инородное тело глаза, первая врачебная помощь, лечение. Удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждая роговицу
167. Острый приступ глаукомы. Этиология, клинические проявления и первая, лечебная тактика.
168. Ожоги органа зрения. Классификация. Клинические признаки. Первая врачебная помощь при ожогах.
169. Воспалительные заболевания наружного уха: перихондрит ушной раковины, наружный отит, отомикоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
170. Острый средний отит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
171. Мастоидит. Особенности мастоидита у детей. Особые формы мастоидиты. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
172. Хронические средние гнойные отиты. Клиника, диагностика, методы лечения.
173. Отогенный менингит. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка. Клиника, диагностика и методы лечения.
174. Неврит слухового нерва. Этиология, основные принципы медикаментозного лечения. Реабилитация больных с нейросенсорной тугоухостью.
175. Механические травмы наружного носа. Неотложная помощь, лечение.
176. Носовые кровотечения. Этиология, методы остановки.
177. Фурункул носа, особенности клиники, лечебная тактика.
178. Острый и хронический гнойный гайморит. Этиология патогенез, клиника, лечение. Особенности лечения одонтогенных гайморитов.

179. Острый и хронический гнойный этмоидит. Этиология патогенез, клиника, лечение.
180. Острый и хронический гнойный фронтит. Этиология патогенез, клиника, лечение.
181. Внутричерепные и глазничные осложнения при параназальных синуситах.
182. Аденоиды. Клиника, лечение.
183. Классификация ангин. Дифференциальная диагностика ангин. Принципы лечения.
184. Ангина язычной миндалины. Гортанная ангина. Этиопатогенез, клиника, лечение.
185. Хронический тонзиллит. Классификация. Клиника, осложнения. Современные методы консервативного и хирургического лечения хронического тонзиллита.
186. Паратонзиллярные абсцессы. Виды. Техника и особенности хирургического лечения.
187. Острые ларингиты. Особенности клиники и лечебной тактики при подскладочном ларингите.
188. Острые стенозы гортани: причины, лечебная тактика.
189. Хронические стенозы гортани: причины, лечебная тактика.
190. Трахеостомия и интубация. Показания. Виды трахеостомии, техника.
191. Рак гортани. Классификация, клиника, диагностика. Современные методы лечения.
192. Инородные тела пищевода.
193. Химические ожоги дыхательных путей и пищевода.
194. Неотложная первая врачебная помощь при неотложных состояниях в стоматологии и травмах челюстно-лицевой области
195. Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта: организация проведения плановых мероприятий по профилактике и лечению распространенных заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта. Рациональное питание. Фторирование. Средства и методы индивидуальной гигиены полости рта. Профилактика кариеса зубов, болезней пародонта.
196. Заболевания зубов: кариес зубов, истирание твердых тканей зуба. Этиология, патогенез. Распространенность. Факторы риска. Клинические проявления. Методы диагностики и профилактики. Осложнения кариеса (пульпит острый и хронический). Кариес зубов у беременных. Тактика ВОП/СМ.
197. Острые и хронические заболевания пародонта: гингивит, пародонтит, пародонтоз. Этиология, патогенез. Распространенность. Факторы риска. Клинические проявления. Методы диагностики и профилактики. Тактика ВОП.
198. Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта и губ: вирусные (простой герпес и опоясывающий герпес), бактериальные, грибковые (кандидоз), специфические (туберкулез, венерические заболевания). Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения пациентов. Критерии для направления к специалистам и в стационар.
199. Изменения слизистой полости рта при заболеваниях внутренних органов (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения, эндокринной системы, системных заболеваниях соединительной ткани, нервной системы). Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения пациентов. Профилактика.
200. Хейлиты. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения пациентов. Профилактика.
201. Глосситы. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения пациентов. Профилактика.
202. Предраковые заболевания и опухоли слизистой полости рта и красной каймы губ. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения пациентов. Профилактика.
203. Объемные образования шеи. Наиболее частые заболевания, вызывающие объемные образования шеи: шейный лимфаденит (острый, хронический); болезни слюнных желез; болезни щитовидной железы. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, тактика ведения пациентов. Прогноз
204. Травмы челюстно-лицевой области. Вывих, перелом, ушиб. Клинические проявления, диагностика, догоспитальная помощь. Тактика ВОП.

205. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
206. Основные принципы организации психиатрической помощи в РФ.
207. Государственный характер психиатрической помощи. Территориальный принцип оказания психиатрической помощи населению. Преемственность и специализация в работе психиатрических учреждений разного уровня.
208. Стационарная психиатрическая помощь. Административно-правовые аспекты недобровольной госпитализации. Особенности организации психиатрической помощи сельскому населению.
209. Задачи, организационные основы и содержание работы наркологических диспансеров, кабинетов и стационаров.
210. Психиатрическая амбулаторная карта и история болезни. Направление на госпитализацию. Правила оформления недобровольной госпитализации.
211. Направление на МСЭК. Документация для проведения судебно-психиатрической экспертизы и направления на принудительное лечение, прекращения принудительного лечения.
212. Сбор жалоб и психиатрического анамнеза. Исследование сенсомоторной сферы и внимания. Исследование памяти. Исследование мышления. Личностные опросники. Лабораторные методы исследования. Общеклинические методы. Шкалы и тесты. Биохимические методы. Клиническое исследование крови и мочи. Биохимические методы исследования крови в психиатрии. Радиологические методы исследования в психиатрии. Значение ЭЭГ, КТ, ПЭТ, ЯМРТ.
213. Патология чувственного познания. Расстройства ощущений.
214. Расстройства восприятия. Психосенсорные расстройства. Иллюзии. Галлюцинации.
215. Расстройства мышления. Расстройства содержательной стороны мышления.
216. Бред. Сверхценные идеи. Навязчивые явления.
217. Расстройства внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы.
218. Аффективные нарушения.
219. Нарушения волевых функций. Расстройства влечений.
220. Расстройства речи. Патология психомоторики, мимики. Нарушения контакта с окружающими.
221. Синдромы: галлюциноз, паранойяльный, параноидный, парафренный, депрессивный, маниакальный, кататонический, психоорганический, психоэндокринный, Корсаковский, помраченного сознания, расстройства самосознания, апато-абулический, невротический неврозоподобный, нарушенного поведения, ипохондрический, дисморфофобии.
222. Аффективные синдромы.
223. Тревога и тревожные расстройства.
224. Пьянство и алкоголизм.
225. Наркомании.
226. Психозы.
227. Психопатии.
228. Расстройства пищевого поведения.
229. Нарушения сексуального поведения. Определение. Этиология и патогенез.
230. Клинические проявления пограничных форм интеллектуальной недостаточности.
231. Варианты и клиническая картина задержек развития. Врожденная субдебилность.
232. Психический инфантилизм, варианты.
233. Непрогредиентный вариант синдрома раннего детского аутизма. Задержки развития в связи с остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга. Задержки развития в связи с дефектами зрения, слуха, речи, чтения, письма и затяжными соматическими заболеваниями. Ситуационно обусловленные задержки развития. Динамика. Исходы. Рубрификация задержек психического развития в МКБ-10. Прогноз. Терапия. Медико-педагогическая коррекция. Профилактика.

234. Наркомании и неалкогольные токсикомании. Определения наркоманий и токсикоманий. Систематика наиболее часто употребляемых наркотических и токсикоманических веществ. Способы введения. Общие клинические проявления.
235. Аддиктивное поведение. Закономерности формирования зависимости. Зависимость
236. психическая: обсессивная и компульсивная. Физическая зависимость, абстинентный синдром. Стадии наркоманий и токсикоманий. Клинические особенности наиболее распространенных наркоманий (опиаты, каннабиоиды, кокаин, психостимуляторы, снотворные, галлюциногены) и токсикоманий (лекарственная, связанная с употреблением летучих растворителей, табакокурение).
- 237.
238. Алкоголизм и алкогольные психозы. Определение. Алкогольное опьянение. Типичная картина (простое опьянение). Патологическое опьянение. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клинические проявления и закономерности течения. Стадии алкоголизма. Лечение острой алкогольной интоксикации. Лечение хронического алкоголизма, основные этапы. Профилактика.
239. Фобические и тревожные расстройства (агорафобия, паническое расстройство, специфические (изолированные) фобии, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство), обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативные (конверсионные расстройства), синдром деперсонализации-дереализации. Терапия и профилактика.
240. «Острая реакция на стресс». Терапия и профилактика.
241. «Расстройства адаптации». Терапия и профилактика.
242. «Посттравматическое стрессовое расстройство». Терапия и профилактика.
243. «Депрессивный эпизод». Депрессивные и другие реакции на стресс. Дистимия. Терапия и профилактика.
244. Лечение и организация помощи больным с невротическими расстройствами. Профилактика.
245. Распространенность и систематика психосоматических расстройств. Определение. Соматоформные (соматизированные) расстройства, возникающие при невротических состояниях. Соматизированные проявления при обсессивно-фобических расстройствах (пароксизмальные вегетативные нарушения по типу кризов, имитирующих ургентные состояния), ипохондрические расстройства (хронические соматоформные болевые расстройства, функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем). Терапия и профилактика.
246. Нервная анорексия. Нервная булемия. Терапия и профилактика.
247. Расстройства сна. Терапия и профилактика.
248. Классификация инфекционных заболеваний. Понятие о простых, ассоциированных инфекциях, суперинфекции и микст-инфекции.
249. Методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.
250. Особенности терапии инфекционных заболеваний.
251. Антибактериальная терапия инфекционных болезней. Осложнения.
252. Патогенетическая терапия инфекционных заболеваний.
253. Сывороточная терапия инфекционных заболеваний. Осложнения и клиника. Лечение.
254. Современные методы лечения инфекционных токсикозов.
255. Методы экстренной профилактики инфекционных болезней.
256. Бактерионосительство. Классификация. Лечение, профилактика.
257. Влияние экологии на характер и течение инфекционных заболеваний.
258. Клинические особенности инфекционных заболеваний в преклонном и старческом возрасте
259. Гиповолемический шок. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
260. Инфекционно-токсический шок. Этиология, патогенез, клиника лечение
261. Инфекционные болезни с экзантемами.

262. Кишечные инфекции и инвазии. Тифопаратифозные заболевания. Лабораторная диагностика, профилактика, диспансеризация. Клинические особенности современного течения и исходов тифопаратифозных заболеваний
263. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, патоморфология. Клиника, осложнения. Клинико-морфологические параллели брюшного тифа. Противоэпидемические мероприятия.
264. Паратифы А и В. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение, этиопатогенетическая терапия. Противоэпидемические мероприятия.
265. Пищевые токсикоинфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника.
266. Синдром диареи. Дифференциальная диагностика диарей инфекционной и неинфекционной природы.
267. Эшерихиозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, клиническая классификация, лечение. Лабораторная диагностика, профилактика.
268. Острая дизентерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, клиническая классификация, лечение. Ранние и поздние осложнения. Этиотропная и патогенетическая терапия, диспансеризация. Противоэпидемические мероприятия.
269. Хроническая дизентерия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
270. Синдром желтухи. Дифференциальная диагностика паренхиматозной, механической и гемолитической желтух. Лабораторные различия.
271. Сальмонеллезы. Этиология, эпидемиология, клиническая классификация. Патогенез генерализованных и локализованных форм сальмонеллеза. Их лечение, диагностика. Генерализованные формы. Лабораторная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
272. Лептоспирозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. Клиника безжелтушной формы. Лабораторная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
273. Холера. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности современного течения и исходы заболевания. Лечение, для специфической индикации. Дифференциальный диагноз с диарейными заболеваниями другой этиологии. Методы реанимационной терапии. Противоэпидемические мероприятия.
274. Иерсиниозы. Псевдотуберкулез. Клинические варианты. Лечение. Этиология, клиника кишечного иерсиниоза. Эпидемиология, лабораторная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
275. Пищевые токсикоинфекции. Дифференциальная диагностика заболеваниями инфекционной и неинфекционной природы. Противоэпидемические мероприятия.
276. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиническая классификация и лечение остроги бруцеллеза. Клиника хронического бруцеллеза. Классификация хронического бруцеллеза. Особенности терапии. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Противоэпидемические мероприятия.
277. Ботулизм. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника, лечение, дифференциальная диагностика. Правила эвакуации в стационар. Показания для госпитализации в отделение реанимации. Противоэпидемические мероприятия.
278. Кампилобактериоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Лабораторная диагностика, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
279. Вирусные гепатиты. Этиология, эпидемиология, клиника, осложнения, профилактика. Клиническая классификация вирусных гепатитов. Клиника и лечение злокачественных форм вирусных гепатитов. Клинические периоды вирусных гепатитов. Терапия вирусных гепатитов в зависимости от тяжести болезни. Противоэпидемические мероприятия. Дифференциальная диагностика продромального периода гепатитов.

280. Вирусный гепатит В Клиника, осложнения, исходы. Клинические особенности вирусного гепатита В. Диспансеризация. Противоэпидемические мероприятия.
281. Эпидемиологические и клинические особенности вирусного гепатита С.
282. Вирусные гастроэнтериты Этиология, эпидемиология, патогенез, лечение. Лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
283. Энтеровирусная инфекция. Этиология, эпидемиология. Дифференциальный диагноз серозных менингитов Противоэпидемические мероприятия.. 37. Амебиаз Этиология, эпидемиология, клиника, осложнения. Патогенез, лабораторная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
284. Дисбактериоз кишечника. Лечение.
285. Токсоплазмоз. Этиология, клиника, лечение. Противоэпидемические мероприятия
286. Гельминтозы. Этиология. Лечебные препараты. Энтеробиоз, аскаридоз. Клиника, лечение. Дифиллоботриоз. Патогенез, клиника, лечение. Описторхоз. Патогенез, клиника, лечение. Гименолепидоз. Патогенез, клиника, лечение. Трихинеллез. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
287. Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. Осложнения и лечение. Клиника
288. тяжелых форм. Парагрипп. Клиника, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
289. ОРВИ. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика. Дифференциальная диагностика острых респираторных вирусных инфекций противоэпидемические мероприятия.
290. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, диагностика, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
291. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология. Менингит, Патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение.
292. Менингококкцемия. Патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение. Осложнения.
293. Дифференциальная диагностика менингитов (туберкулезного вирусного, бактериального). Противоэпидемические мероприятия.
294. Инфекционный мононуклеоз. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника, лабораторная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
295. Аденовирусная инфекция. Этиология, эпидемиологии клиническая классификация, лечение, клиническая классификация. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Противоэпидемические мероприятия.
296. Риновирусная инфекция. Этиология, клиника, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
297. Дифтерия. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение. Круп. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
298. Ангина. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.
299. Натуральная оспа. Этиология, эпидемиология, клиника. Противоэпидемические мероприятия.
300. Микоплазменная пневмония. Этиология, клинические варианты, лечение. Противоэпидемические мероприятия.
301. Орнитоз. Этиология, эпидемиология, клиника. Противоэпидемические мероприятия.
302. Хламидиозы. Этиология, эпидемиология, основные нозологические формы, клиника. Противоэпидемические мероприятия.
303. Легионеллёзы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Противоэпидемические мероприятия.

304. Герпетическая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез; клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, профилактика. Противозидемические мероприятия.
305. Нормальная и патологическая физиология кожи. Общие данные об этиологии, патогенезе и факторах риска заболеваний кожи и инфекций, передающихся половым путем. Методы физикального обследования больного с заболеваниями кожи или подозрением на инфекции, передающихся половым путем в ОВП.
306. Принципы клинической (посиндромной) диагностики заболеваний кожи и слизистых оболочек.
307. Основные кожные синдромы заболеваний кожи, часто встречающихся у детей и взрослых.
308. Кожные проявления как проявление (признаки) заболеваний внутренних органов.
309. Кожный зуд (астеатоз, лекарственный зуд, чесотка, полицитемия, сахарный диабет, тиреотоксикоз, почечная недостаточность, гепатобилиарная патология, беременность, нарушение метаболизма мочевой кислоты).
310. Кожные изменения в пожилом возрасте (сухость кожи, кератоз, себорейный дерматит).
311. Диагностические возможности лабораторных методов при обследовании пациентов с заболеваниями кожи и слизистых оболочек.
312. Диагностические возможности инструментальных методов при обследовании пациентов с заболеваниями кожи и слизистых оболочек.
313. Неинфекционные заболевания: Лекарственные поражения кожи. Токсикодермии. Экзема. Нейродермит. Узловатая эритема
314. Псориаз. Этиология, патогенез, постановка диагноза, лечение врачом ОВП.
315. Заболевания сальных желез: Себорея. Вульгарные угри. Клиника, лечение.
316. Болезни кожи головы: Алопеция гнездная. Диффузная алопеция. Методы диагностики и лечение.
317. Инфекционные заболевания: Пиодермии. Фолликулит. Фурункул. Карбункул. Гидраденит. Вирусные болезни. Бородавки. Клиника, лечение, методы профилактики.
318. Дерматозоонозы. Чесотка. Педикулез. Методы диагностики и лечения.
319. Опоясывающий лишай. Этиология, клиника, лечение.
320. Грибковые заболевания кожи. Поверхностные микозы. Разноцветный лишай. Микроспория. Трихофития. Эпидермофития стоп, паховая, эпидермофития ногтей. Диагностика и лечение.
321. Красный плоский лишай. Клиника, классификация.
322. Опухоли кожи доброкачественные. Папиллома. Клиника, диагностика, лечение.
323. Опухоли кожи доброкачественные. Кератома. Клиника, диагностика, лечение.
324. Опухоли кожи злокачественные. Базалиома. Клиника, диагностика, лечение.
325. Опухоли кожи злокачественные. Эпителиома. Клиника, диагностика, лечение.
326. Опухоли кожи злокачественные. Меланома. Клиника, диагностика, лечение.
327. «Заболевания, передающиеся половым путем. Тактика ведения ВОП/СМ.»
328. Сифилис. Классификация, клиническая картина, лечение. Тактика ведения ВОП/СМ
329. Хламидиоз. Гонорея. Трихомониаз. Жалобы, диагностика, лечение. Тактика ведения ВОП/СМ
330. Организация службы акушерства и гинекологии в системе первичной медико-санитарной помощи населению
331. Планирование семьи, роль врача общей практики (семейного врача) в планировании семьи.
332. Консультации по вопросам планирования семьи, психологии семейных отношений, социальных, медико-генетических и медико-сексуальных проблем семейной жизни, контрацепции
333. Аборт и его социальное значение.

334. Физиология беременности
335. Современные методы ранней диагностики беременности
336. Организация службы акушерства и гинекологии в системе первичной медико-санитарной помощи населению
337. Планирование семьи, роль врача общей практики (семейного врача) в планировании семьи.
338. Консультации по вопросам планирования семьи, психологии семейных отношений, социальных, медико-генетических и медико-сексуальных проблем семейной жизни, контрацепции
339. Методы физикального обследования больного с подозрением на хирургическую, травматологическую и ортопедическую патологию.
340. Планирование семьи, роль врача общей практики (семейного врача) в планировании семьи.
341. Консультации ВОП по вопросам планирования семьи, психологии семейных отношений, социальных, медико-генетических и медико-сексуальных проблем семейной жизни, контрацепции
342. Аборт и его социальное значение.
343. Физиология беременности
344. Современные методы ранней диагностики беременности
345. Двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование
346. Диагностика беременности и ее срока
347. Наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода
348. Обследование беременной женщины методами функциональной диагностики
349. Введение внутриматочных контрацептивов
350. Кольпоскопия
351. Медицинские противопоказания к сохранению беременности.
352. Диспансерное наблюдение за беременными.
353. Экспертиза трудоспособности при нормальной и осложненной беременности.
354. Тактика ведения в критические периоды, показания для госпитализации.
355. Токсикоз первой половины беременности, лечение. Неукротимая рвота беременных
356. Токсикоз второй половины беременности, ранняя диагностика, показания для госпитализации. Преэклампсия, эклампсия
357. Биомеханизм родов.
358. Ведение физиологических родов
359. Первичный туалет новорожденного, перевязка и обработка пупочной ранки
360. Оценка состояния новорожденного
361. Оценка состояния последа
362. Применение лекарственных средств наружное и внутривлагалищное
363. Неотложные состояния в акушерстве.
364. Угрожающий аборт, роды
365. Общая патология и пропедевтика в гинекологии
366. Общие данные об этиологии, патогенезе и факторах риска гинекологических заболеваний
367. Жалобы, сбор анамнеза
368. Методы физикального обследования больной с подозрением на гинекологическую патологию
369. Ключевые жалобы, данные анамнеза и осмотра, позволяющие заподозрить гинекологическую патологию
370. Ведущие клинические синдромы в гинекологии
371. Клинические методы исследования в акушерстве и гинекологии, применяемые в общей врачебной практике.

372. Диагностические возможности лабораторных методов при гинекологической патологии
373. Диагностические возможности инструментальных методов при гинекологической патологии
374. Интерпретация данных лабораторных методов при гинекологической патологии
375. Интерпретация данных инструментальных методов при гинекологической патологии
376. Общие подходы к лечению гинекологической патологии в рамках ОВП
377. Клиническая фармакология средств лечения заболеваний женских половых органов в рамках ОВП
378. Немедикаментозные методы лечения заболеваний женских половых органов в рамках ОВП
379. Общие подходы к реабилитации больных с гинекологической патологией в рамках ОВП
380. Общие подходы к профилактике заболеваний женских половых органов в рамках ОВП
381. Неотложная первая врачебная помощь при неотложных состояниях в гинекологии.
382. "Острый живот" в гинекологии
383. Внематочная беременность
384. Апоплексия яичников
385. Перфорация матки
386. Пельвиоперитонит
387. Перекрут ножки опухоли яичника
388. Нарушение менструальной функции.
389. Дисменорея
390. Аменорея.
391. Альгоменорея
392. Задержка и преждевременное половое развитие в подростковом возрасте.
393. Бесплодие
394. Дисгормональные маточные кровотечения.
395. Климактерический синдром
396. Послеродовые заболевания молочных желез
397. Застой в молочных железах
398. Инфекция соска
399. Негнойный мастит
400. Воспалительные заболевания женских половых органов
401. Бартолинит
402. Кольпит
403. Эндоцервицит
404. Эндомиопараметрит
405. Сальпингит
406. Оофорит
407. Онкогинекология, факторы риска.
408. Предопухолевые заболевания женских половых органов
409. Крауроз, Лейкоплакия
410. Эрозии и эктропион шейки матки
411. Кандилома шейки матки
412. Эпителиальные дисплазии шейки матки
413. Гиперплазия эндометрия
414. Доброкачественные новообразования женских половых органов. Методы диагностики. Тактика наблюдения. Диагностика осложнений. Показания к экстренному и плановому оперативному лечению.
415. Параовариальная, фолликулярная кисты

416. Доброкачественные опухоли наружных половых органов и влагалища
417. Миома матки
418. Злокачественные новообразования женских половых органов. Ранняя диагностика злокачественных новообразований. Тактика врача общей практики (семейного врача).
419. Рак наружных половых органов и влагалища
420. Рак матки
421. Саркома матки
422. Рак яичников
423. Рак молочной железы
424. Обследование хирургического больного в амбулаторных условиях. Асептика, антисептика.
425. Методы обезболивания в амбулаторных условиях врачом общей практики.
426. Острые заболевания живота, клиника, внебольничная диагностика, тактика врача общей практики на догоспитальном этапе ведения больного.
427. Внематочная беременность. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
428. Заболевания венозной системы. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
429. Посттромбофлебитический синдром. Восстановительное лечение в послеоперационном периоде. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
430. Заболевания артериальной системы. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
431. Острая и хроническая артериальная недостаточность. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
432. Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация.
433. Методы амбулаторного лечения, первичная и вторичная профилактика воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.
434. Гнойные заболевания кисти. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.
435. Восстановительное лечение в послеоперационном периоде при флегмоне кисти.
436. Заболевания прямой кишки и заднего прохода. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.
437. Трещины заднего прохода. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности .
438. Внебольничная реабилитация после операций на желудочно-кишечном тракте и билиарной системе.
439. Травматология. Методы исследования травматологических и ортопедических больных.
440. Десмургия и гипсовая техника. Первая помощь при переломах. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.

441. Временная остановка кровотечения. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.
442. Элементы первичной хирургической обработки ран.
443. Ожоги. Отморожения. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, реабилитация, экспертиза трудоспособности.
444. Первая помощь при ожогах и отморожениях. (УК1, ПК5) • Организация работы врача общей практики при оказании первой врачебной помощи травматологическим больным в амбулаторных условиях.
445. Профпатология как клиническая дисциплина. Организация профпатологической службы.
446. Классификация профессиональных вредностей и профессиональных болезней
447. Принципы диагностики профессиональных заболеваний
448. Принципы терапии и профилактики профессиональных заболеваний
449. Нормативные документы в профпатологии.
450. Экспертиза профпригодности и связи заболевания с профессией.
451. Предварительные и периодические медосмотры рабочих
452. Характеристика пылевого фактора.
453. Методы диагностики пылевых заболеваний органов дыхания
454. Структура профзаболеваний от воздействия пыли в современных условиях
455. Пневмокониозы
456. Пылевые бронхиты
457. Методы лечения и профилактики пылевой патологии органов дыхания
458. Особенности патологии легких у электросварщиков
459. Вибрационная болезнь. Клиника, диагностика, лечения.
460. Нейросенсорная тугоухость от воздействия шума. Диагностика, клиника.
461. Влияние неблагоприятного производственного микроклимата на организм
462. Профзаболевания от воздействия ионизирующего излучения
463. Влияние на организм работы с лазером и полями СВЧ
464. Профессиональные заболевания нервной системы
465. Профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата
466. Профессиональные заболевания голосового аппарата
467. Профессиональные заболевания органа зрения
468. Профессиональная бронхиальная астма Диагностика, лечение, вопросы экспертизы связи с профессией
469. Экзогенный аллергический альвеолит. Диагностика, клиника, лечение.
470. Токсико-химические поражения органов дыхания
471. Профессиональные заболевания с преимущественным поражением крови
472. Профессиональные заболевания с преимущественным поражением гепатобилиарной системы.
473. Токсические нефропатии и заболевания мочевыводящих путей
474. Глобальный план действий и Европейский план действий по профилактике неинфекционных заболеваний. Общие понятия о детерминантах здоровья населения. Их значение.
475. Оттавская хартия укрепления здоровья. Пять направлений деятельности по укреплению здоровья
476. Социальные детерминанты здоровья согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. Рекомендации комиссии по социальным детерминантам здоровья.
477. Способы устранения факторов риска, анализ и оптимизация детерминантов здоровья

478. Организация проведения диспансеризации взрослого населения в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи. Общие положения.
479. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения по здоровому образу жизни
480. Организация профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках первичной медико-санитарной помощи
481. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний
482. Оценка готовности пациента к снижению избыточной массы тела. Основные мероприятия.
483. Приемы эффективного профилактического консультирования при табакокурении.
484. Общие понятия о профилактических программах. Практики корпоративных программ по направлению «Профилактика потребления табака»
485. Практики корпоративных программ по направлению: «Снижение потребления алкоголя с вредными последствиями»
486. Практики корпоративных программ по направлению «Здоровое питание и рабочее место»
487. Практики корпоративных программ по направлению «Повышение физической активности»
488. Практики корпоративных программ по направлению «Сохранение психологического здоровья и благополучия»
489. Выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: курение, дислипидемия, избыточная масса тела/ожирение, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, стресс, психоэмоциональное напряжение
490. Роль медицинского работника в организации гигиенического воспитания и обучения. Эффективность профилактических образовательных технологий
491. Общие вопросы организации и проведения диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития
492. Диспансерное наблюдение больных с различными неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском
493. Концептуальная основа эффективного профилактического консультирования. Цели и виды профилактического консультирования. Роль психологических факторов и личностных качеств врача в эффективном профилактическом консультировании.
494. Составляющие процесса эффективного профилактического консультирования: информирование, обучение и мотивирование пациента. Наиболее часто встречающиеся поведенческие и психологические модели восприятия больным заболевания.
495. Эпидемиология курения в России и за рубежом. Вклад болезней, связанных с потреблением табака в мировую смертность. Оценка степени никотиновой зависимости. Клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака взрослых»
496. Питание и неинфекционные заболевания. Профилактическая диета при сопутствующей патологии и факторах риска. Методы оценки привычек, компонентов питания. Построение рациона профилактического питания — основные требования. Опыт профилактических программ с применением диетических технологий
497. Оценка степени зависимости. Скрининг проблемного употребления алкоголя. Профилактическое консультирование по проблеме. Организационные аспекты взаимодействия с наркологической службой. Неблагоприятные эффекты со стороны соматической сферы потребления и злоупотребления алкоголем
498. Понятие о достаточной и недостаточной физической активности для улучшения здоровья. Методы оценки и самооценки физической активности. Оздоровительные

- тренировочные физические нагрузки, лечебная физкультура. Принципы составления тренирующих программ
499. Психосоциальные факторы и тревожно-депрессивные состояния. Заболевания, сопровождающиеся хроническим тревожным синдромом. Медикаментозное и немедикаментозное лечение стресса
 500. Роль нарушений спектра липидов и липопротеидов в патогенезе атеросклероза и ишемической болезни сердца и вклад этих показателей в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Диагностика нарушений липидного спектра. Медикаментозные и немедикаментозные способы коррекции нарушений липидного спектра. Целевые показатели.
 501. Диагностика ранних нарушений углеводного обмена. Группа риска для выявления ранних нарушений углеводного обмена. Немедикаментозная коррекция ранних нарушений углеводного обмена
 502. Лекарственная терапия предиабета в клинической практике.
 503. Профилактика инфарктов миокарда и инсультов в первичном звене здравоохранения
 504. Роль врача-терапевта и врача общей практики в оказании помощи больным с остеопорозом и высоким риском переломов
 505. Здоровое старение. Алгоритм и особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше. Особенности коррекции факторов риска в пожилом возрасте
 506. Определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными ХНИЗ и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан.