

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ижевская государственная медицинская академия»

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ФГБОУ ВО ИГМА,
д.м.н., профессор
_____Стрелков Н.С.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Ижевск 2016 год

Рабочая учебная программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Терапия» (повышение квалификации) разработана сотрудниками кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи (заведующий кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Пименов Л.Т.) под руководством ректора ФГБОУ ВО ИГМА – доктора медицинских наук, профессора Н.С. Стрелкова.

Утверждена Ученым советом ФГБОУ ВО ИГМА в качестве рабочей программы дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия» (повышение квалификации)
« _____ » _____ 2016 года (протокол № _____)

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке рабочей учебной программы дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Терапия» (повышение квалификации)	4
Пояснительная записка	5
Требования к уровню подготовки врача-терапевта, успешно освоившего рабочую программу дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия» (повышение квалификации)	7
Профессиональные компетенции врача-специалиста	7
Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста	9
Содержание рабочей программы дисциплины (модуля) по специальности «Терапия» (повышение квалификации)	17
Учебный план цикла (ОУ) по программе дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия»	20
Учебно-тематический план цикла (ОУ) по программе дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия»	22
Контрольные задания	27
Список литературы	430
Законодательные и нормативно-правовые документы	473

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

по разработке рабочей программы дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Терапия» (повышение квалификации)

№ пп.	Фамилия, имя, Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Пименов Леонид Тимофеевич	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
2.	Чернышова Т. Е.	Доктор медицинских наук, профессор	Профессор	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
3.	Ежов Андрей Владимирович	Доктор медицинских наук, доцент	Профессор	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
4.	Савельева Татьяна Викторовна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
5.	Олейник Нина Александровна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
6.	Эшмаков Сергей Владимирович	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра ВОП и ВБ с курсом СМП
По методическим вопросам				
1.	Дударев Михаил Валерьевич	Доктор медицинских наук, доцент	Декан ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП
2.	Кудрина Елена Аркадьевна	Доктор медицинских наук, доцент	Председатель Методического совета ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая учебная программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Терапия» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании врачей при повышении квалификации.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия» (повышение квалификации) обусловлена тем, что терапия как специальность остается наиболее массовой и востребованной в практическом здравоохранении. В связи с этим потребность в усовершенствовании знаний и навыков специалиста-терапевта на современном уровне, в том числе, работающего и в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационаре, является актуальной.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для повышения квалификации врачей терапевтов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена здравоохранения.

Цель дополнительного профессионального образования по направлению «Терапия» (общее усовершенствование) – углубление знаний, умений и владений квалифицированного врача-специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Задачи дополнительного профессионального образования по направлению «Терапия» (ОУ):

1. Углубить объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-терапевта, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Расширить и приобрести новые знания по профессиональной подготовке врача-терапевта, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего знания смежных дисциплин.
3. Приобрести новые умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Обновить умения к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, проведения дифференциально-диагностического поиска, оказания в полном объеме медицинской помощи, профилактических и реабилитационных мероприятий по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.
5. Расширить владение навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-терапевту свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

Рабочая программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием специальности «Терапия» (повышение квалификации) включает в себя содержание рабочей программы дисциплины (модуля), учебный план, учебно-тематический план, перечень заданий для самостоятельной внеаудиторной работы, контрольно-измерительные материалы для промежуточных зачетов и итоговой аттестации.

Для реализации программы дополнительного профессионального образования по направлению «Терапия» кафедра располагает наличием: 1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля); 2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся; 3) материально-технической базы, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
- клиническую базу в медицинской организации (БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР»).

В процессе подготовки слушателя цикла повышения квалификации (общего усовершенствования) обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения (входной контроль). Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль и итоговая аттестация.

Обучение слушателя складывается из аудиторной учебной работы (лекции, семинары, практические занятия) и самостоятельной подготовки. Общее рабочее время аудиторной работы обучающегося составляет 288 часа за весь цикл обучения, что по трудоемкости равно 8 зачетным единицам.

В процессе обучения слушатель обязан посещать лекции, семинары, практические занятия и совершенствовать свои знания путем изучения научных статей, руководств, монографий, нормативной и специальной литературы.

**ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования по специальности «Терапия» углубляются и совершенствуются следующие компетенции:

1. Общекультурные:

- способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности терапевта;
- способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания по терапии, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
- способность и готовность использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции по терапии;
- способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

2. Профессиональные:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области терапии;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинικο-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики терапевтической группы заболеваний и патологических процессов;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы терапевтических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при терапевтических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в терапевтической группе заболеваний;

в лечебной деятельности:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при терапевтических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход (особенности заболеваний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови); своевременно выявлять жиз-

неопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;

- способностью и готовностью назначать терапевтическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным терапевтическим больным, больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов;

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации терапевтических больных (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья с учетом специальности «Терапия» (взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций) в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения;
- способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии терапевтических болезней, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам;

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций по профилю «Терапия»;
- способностью и готовностью использовать знания организационной структуры по профилю «Терапия», управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений по профилю «Терапия», проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам терапевтического профиля.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗАВЕРШЕНИЮ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

По завершению цикла общего усовершенствования врач-специалист должен:

Знать

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации терапевтической помощи в стране, работу лечебно-профилактических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и подростковому населению;
- организацию работы поликлиники, преемственность в ее работе с другими учреждениями;
- организацию и содержание работы врача-терапевта;
- организацию дневного стационара;
- основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса; возможные типы их нарушений и принципы лечения;
- систему кроветворения и гемостаза, физиологию свертывающей системы крови, показатели гемостаза в норме и патологии;
- основы иммунологии и реактивности организма;
- клиническую симптоматику и патогенез основных терапевтических заболеваний у взрослых и подростков, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний;
- основы фармакотерапии в клинике внутренних болезней, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств; осложнения, вызванные применением препаратов, методы их коррекции;
- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля; показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- основу рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии терапевтических больных;
- противозидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- МСЭК при внутренних болезнях;
- диспансерное наблюдение за здоровыми и больными, проблемы профилактики;
- демографическую и социальную характеристику участка;
- принципы организации службы «медицины катастроф».

Уметь: установить диагноз и оказать экстренную помощь при следующих неотложных состояниях:

- острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома, тромбоэмболия легочной артерии;
- астматический статус при бронхиальной астме;
- пневмоторакс;
- шок (токсический, травматический, геморрагический, анафилактический, кардиогенный);

- острая сердечно-сосудистая недостаточность (обморок, сердечная астма, отек легких);
- нарушения ритма сердца;
- гипертонический криз и острое нарушение мозгового кровообращения;
- острые аллергические состояния;
- печеночная недостаточность;
- острая почечная недостаточность, острая токсическая почка, почечная колика;
- кома (диабетическая, печеночная);
- нарушения проводимости сердца, в т.ч. синдром Морганьи-Эдемс-Стокса;
- ожоги, отморожения; поражения электрическим током, молнией; тепловой и солнечный удар; утопление;
- внезапная смерть.

Врач-терапевт должен установить диагноз и провести лечебно-профилактические мероприятия при заболеваниях:

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:

- ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и его осложнения (аневризма сердца и др.);
- гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии;
- миокардиты, перикардиты;
- врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородок сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера);
- нейроциркуляторная дистония;
- миокардиодистрофия (алкогольная, дисгормональная);
- кардиомиопатии;
- инфекционный эндокардит;
- нарушения сердечного ритма и проводимости;
- острая и хроническая недостаточность кровообращения (лево-правожелудочковая, комбинированная).

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

- бронхит острый и хронический;
- пневмония;
- бронхоэктатическая болезнь, абсцесс и гангрена легких;
- ателектаз легкого;
- бронхиальная астма;
- сухой и экссудативный плеврит;
- спонтанный пневмоторакс, гемоторакс и пиопневмоторакс;
- эмфизема легких;
- дыхательная недостаточность;
- легочное сердце (острое, хроническое);
- туберкулез легких;
- рак легких;
- профессиональные заболевания легких

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

- заболевания пищевода (дискинезия, ахалазия кардии, эзофагит, пептическая язва, рак пищевода);
- острый и хронический гастрит;
- язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки;
- постгастрорезекционные расстройства;

- хронический энтерит и колит;
- острый и хронический панкреатит;
- дискинезия желчных путей, острый и хронический холецистит, холангит, рак печени желчного пузыря;
- острые и хронически гепатиты, гепатозы, цирроз печени, печеночная недостаточность;
- рак желудка;
- рак кишечника.

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:

- гломерулонефрит (острый и хронический);
- пиелонефрит (острый и хронический);
- почечная гипертензия;
- нефротический синдром;
- амилоидоз;
- почечно-каменная болезнь;
- острая и хроническая почечная недостаточность;
- рак почки;
- цистит и уретрит.

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ:

- железодефицитная, острая постгеморрагическая, В-12-дефицитная, фолиеводефицитная);
- ДВС-синдром.

ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

- сахарный диабет;
- ожирение.

РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ:

- ревматизм;
- ревматические пороки сердца;
- ревматоидный артрит;
- анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева);
- реактивные артриты (болезнь Рейтера);
- остеохондроз позвоночника;
- остеоартроз;
- остеопороз;
- псориатический артрит;
- подагра;
- диффузные заболевания соединительной ткани (СКВ, склеродермия, дерматомиозит, узелковый полиартериит).

ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ:

- грипп и ОРЗ;
- пищевые токсикоинфекции

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ:

- химической этиологии (бронхит, бронхолит и пневмония, бронхиальная астма, интоксикации химическими веществами с поражением кроветворного аппарата, гепатобилиарной системы, почек и мочевыводящих путей, нервной системы);
- органов дыхания пылевой природы (бронхиты, пневмокониозы, эмфизема легких);

В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ:

- заболевания внутренних органов при беременности;
- внутренние болезни у беременных.

Врач-терапевт должен уметь оценить:

- морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты
- формы нарушения водно-солевого обмена;
- данные рентгенологического исследования органов грудной клетки и брюшной полости;
- данные электрокардиографии;
- показатели функции внешнего дыхания;
- данные функционального, эндоскопического, ультразвукового, морфологического исследования желудочно-кишечного тракта;
- данные клиренса мочи и функциональных проб почек.

Врач-терапевт должен уметь проводить следующие манипуляции:

- искусственное дыхание;
- массаж сердца;
- трахеотомию;
- остановку наружного и внутреннего кровотечения ;
- наложение повязки на рану;
- подкожные, внутримышечные и внутривенные вливания;
- определение группы и видовой принадлежности крови;
- переливание крови;
- катетеризацию мочевого пузыря;
- пункцию брюшной и плевральной полостей;
- желудочное и дуоденальное зондирование;
- промывание желудка;
- лаваж трахеобронхиального дерева;
- снятие и расшифровка ЭКГ.

Врач-терапевт должен иметь представление о проведении лечебно-профилактических мероприятия при заболеваниях:

ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

- тиреоидит, диффузный токсический зоб, гипотиреоз;
- болезни гипофизарно-надпочечниковой системы (болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, феохромоцитома).

ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ:

- сальмонеллёз, ботулизм, брюшной тиф и паратифы, бруцеллез, дизентерия, протозойные колиты;
- ишерихоз, инфекционный мононуклеоз, иерсинеоз, лептоспироз, туляремия, орнитоз, желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка, токсоплазмоз, лейшманиоз, сепсис, холера, малярия, стафилококковая инфекция, сыпной тиф, сибирская язва, чума, бешенство, менингококковая инфекция, натуральная оспа, столбняк, полиомиелит, дифтерия, коклюш, корь, скарлатина, ветряная оспа, инфекционный паротит, СПИД.

СИСТЕМЫ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ:

- острый лейкоз, хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз;
- миеломная болезнь;
- лимфогранулематоз, агранулоцитоз;
- геморрагические диатезы;

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ:

- кожи (аллергические заболевания, дерматозы, микозы, эризипилоид, кандидозы);
- вызванные действием физических факторов (вибрационная болезнь, лучевая болезнь, воздействие шума, повышенного и пониженного давления, радиации, лазерного излучения и др.);
- вызванные перенапряжением отдельных органов и систем.

ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ:

- острый аппендицит, ущемленная грыжа, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, острый холецистит и панкреатит, острые желудочно-кишечные кровотечения, перитонит, тромбоз мезентериальных сосудов, острая задержка мочи, внематочная беременность.

В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ:

- воспалительные заболевания матки и яичников;
- ведение родов и послеродового периода.

ЛОР-БОЛЕЗНЕЙ

- тонзиллит
- ларингит
- фарингит
- отит
- гайморит
- фронтит

ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

- катаракта
- глаукома
- конъюнктивит

Врач-терапевт должен быть компетентен:

- способен и готов к осуществлению первичной, вторичной и третичной профилактики наиболее распространенных заболеваний населения (здоровых, групп риска, больных и коллективов);
- способен и готов устанавливать отклонения в здоровье пациента с учетом законов течения патологии по системам, областям и организму в целом; используя знания фундаментальных и клинических дисциплин;
- способен и готов соблюдать требования врачебной этики и деонтологии при общении с пациентами разных категорий, а также их родственниками и близкими;
- способен и готов проводить квалифицированный диагностический поиск для выявления заболеваний на ранних стадиях при типичных, а также малосимптомных и атипичных проявлениях болезни, используя клинические, лабораторные и инструментальные методы в адекватном объеме;
- способен и готов правильно формулировать установленный диагноз с учетом МКБ - 10, провести дополнительное обследование и назначить адекватное лечение;
- способен и готов оценить необходимость выбора амбулаторного или стационарного режима лечения, решать вопросы экспертизы трудоспособности; оформлять первичную и текущую документацию, оценить эффективность диспансерного наблюдения;
- способен и готов оценивать возможности применения лекарственных средств для лечения и профилактики различных заболеваний и патологических состояний; анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств; возможные токсические эффекты лекарственных средств;

- способен и готов интерпретировать результаты современных диагностических технологий, понимать стратегию нового поколения лечебных и диагностических препаратов;
- способен и готов выполнять основные диагностические и лечебные мероприятия, а также осуществлять оптимальный выбор лекарственной терапии для оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- способен и готов выполнить основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, в том числе травмах, а также оказывать медицинскую помощь населению в экстремальных ситуациях, в очагах массового поражения;
- способен и готов проводить противоэпидемические мероприятия, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях;
- способен и готов к диагностике и ведению физиологической беременности, приему родов;
- способен и готов после соответствующей его послевузовской профессиональной специализации, выступить в качестве «специалиста» в случае привлечения врача к участию в первоначальных следственных действиях и судопроизводству; в качестве «эксперта» в случае привлечения врача к производству комиссионной экспертизы в связи с необходимостью оценки своевременности, правильности, адекватности и эффективности диагностики, лечения и медицинской реабилитации больного;
- способен и готов осуществлять гигиеническое воспитание населения, пациентов и членов их семей с целью формирования у них здорового образа жизни;
- способен и готов к анализу показателей деятельности ЛПУ различных типов с целью оптимизации их функционирования, к использованию современных организационных технологий диагностики, лечения, реабилитации, профилактики при оказании медицинских услуг в основных типах лечебно-профилактических учреждений;
- способен и готов к ведению учетно-отчетной медицинской документации;
- способен и готов к самостоятельной аналитической работе с различными источниками информации, готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.

Врач-терапевт должен владеть практическими умениями на различных уровнях освоения: 1. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению; 2. Знать, оценить, принять участие; 3. Выполнить самостоятельно.

№№ п/п	Наименование.	Уровень освое- ния
1	3	4
	1. Клиническое обследование больного.	
1.	Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.	3
2.	Сформулировать и обосновать предварительный диагноз.	3
3.	Составить план исследования больного.	3
4.	Составить план лечения с учетом предварительного диагноза.	3
5.	Сформулировать полный диагноз, провести необходимую дифференциальную диагностику.	3
6.	Определение признаков клинической и биологической смерти.	3
	II. Лабораторные и инструментальные исследования.	
1.	Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока.	3
2.	Время свертываемости, АЧТВ, протромбиновый индекс.	3
3.	Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.	3
4.	Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита.	3
5.	Методика и оценка: - анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого); - пробы Реберга; - посева мочи и крови; - гликемического профиля; - теста толерантности к глюкозе; - ацидотеста.	3 3 3 3 3 3
6.	Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон).	3
7.	Оценка миелограммы.	2
8.	Аллергологическое исследование.	2
9.	Иммунохимическое исследование (иммуноглобулины).	2
10.	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	3
11.	Спирография.	2
12.	Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.	2
13.	Исследования глазного дна.	2
14.	Специальные исследования: - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия); - бронхоскопия; - компьютерная томография; - ЭХО- и доплерокардиография; - УЗИ органов брюшной полости, почек; - пробы с физической нагрузкой; - суточное ЭКГ-мониторирование; - коронаро- и ангиография; - биопсия лимфатических узлов, печени, почек; - магнитно-резонансная томография;	2 2 1 2 2 2 2 1 1 1

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
(МОДУЛЯ) ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ТЕРАПИЯ»**

Индекс	Наименование тем, элементов и т. д.
1	Раздел 1. Основы социальной гигиены и организации терапевтической помощи в РФ.
1.1	Организация лечебно-профилактической помощи взрослому населению.
1.2	Основы медицинского страхования.
1.3	Правовые основы российского здравоохранения.
2	Раздел 2. Теоретические основы внутренней патологии.
2.1	Аллергическая реактивность и механизмы аллергических реакций.
3	Раздел 3. Общие методы обследования терапевтических больных.
3.1	Лабораторные методы исследования в диагностике внутренних болезней.
3.2	Роль и место инструментальных методов диагностики в терапевтической практике.
4	Раздел 4. Болезни органов дыхания.
4.1	Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.
4.2	Бронхит.
4.3	Пневмония.
4.4	Бронхиальная астма.
4.5	Дыхательная недостаточность.
4.6	Легочное сердце.
5	Раздел 5. Болезни сердечно-сосудистой системы.
5.1	Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией.
5.2	Атеросклероз.
5.3	Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия.
5.4	Инфаркт миокарда.
5.5	Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.
5.6	Болезни миокарда.
5.7	Инфекционный эндокардит.
5.8	Нарушения ритма и проводимости.
5.9	Недостаточность кровообращения.
6	Раздел 6. Ревматические болезни.
6.1	Ревматизм.
6.2	Ревматические пороки сердца.
6.3	Заболевания суставов.
6.4	Диффузные заболевания соединительной ткани.
7	Раздел 7. Болезни органов пищеварения.
7.1	Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.
7.2	Болезни желудка.
7.3	Болезни кишечника.
7.4	Болезни печени и желчных путей.
7.5	Болезни поджелудочной железы.
8	Раздел 8. Болезни почек.
8.1	Методы обследования больных с болезнями почек.
8.2	Гломерулонефриты.
8.3	Пиелонефриты.
8.4	Хроническая почечная недостаточность.

9	Раздел 9. Болезни органов кроветворения.
9.1	Гемобластозы.
9.2	Анемии.
10	Раздел 10. Эндокринные заболевания.
10.1	Сахарный диабет.
10.2	Болезни щитовидной железы.
10.3	Ожирение.
11	Раздел 11. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.
11.1	Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии.
11.2	Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии.
12.3	Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии.
12.4	Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии.
12	Раздел 12. Немедикаментозные методы лечения терапевтических больных.
12.1	Диетотерапия.
12.2	Физиотерапия и санаторно-курортное лечение.
13	Раздел 13. Клиническая фармакология и тактика применения лекарств.
13.1	Лекарственные средства, применяемые при сердечно-сосудистых заболеваниях.
13.2	Тактика применения антимикробных средств.
14	Раздел 14. Отдельные вопросы смежной патологии.
14.1	Инфекционные болезни.
14.2	Туберкулез органов дыхания.
14.3	Заболевания нервной системы.
14.4	Онкологические заболевания.
15	Раздел 15. Мобилизационная подготовка
15.1.	Основы национальной безопасности Российской Федерации
15.2	Основы единой государственной политики в области ГО
15.3	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
16	Раздел 16. Паллиативная помощь
16.1.	Основы законодательства РФ по вопросам паллиативной помощи
16.2.	Принципы и уровни оказания паллиативной помощи
16.2.1.	Организации деятельности кабинета паллиативной терапии.
16.2.2.	Организация выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.
16.3.	Паллиативная помощь при болезнях органов дыхания.
16.4.	Паллиативная помощь при болезнях органов сердечно-сосудистой системы.
16.5.	Паллиативная помощь при болезнях органов пищеварения.
16.6.	Паллиативная помощь при болезнях почек и мочевыводящих путей.
16.6.1.	Коррекция нефротического и нефритического синдромов
16.6.2.	Паллиативная помощь при болезнях органов лицам на гемодиализе
16.7.	Паллиативная помощь при болезнях органов кроветворения
16.8.	Клиническая фармакология болевого синдрома
16.8.1.	Особенности применения опиоидов у паллиативных пациентов
16.8.2.	Парентеральное введение анальгетиков
16.8.3.	Другие методы обезболивания: адьювантное, местное, блокады нервов, физическая терапия, противоопухолевая терапия как метод обезболивания
16.8.4.	Контроль прорывов боли
16.9.	Психологические и этические аспекты паллиативной помощи
16.9.1.	Школа обучения уходу за тяжелобольным.
16.9.2.	Купирование тягостных симптомов, не связанных с болью

16.9.3.	Назначение психотропных лекарственных препаратов пациентам, нуждающимся в обезболивании.
---------	--

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО
ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Цель: углубление знаний квалифицированного врача-специалиста обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Категория обучающихся: врачи-терапевты, заведующие терапевтическими отделениями городских поликлиник и больниц.

Срок обучения: 144 академических часа (4 недель, 1 месяца)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: **Очная**

№	Наименование разделов	Всего часов	Лекции	Семинары	Практические занятия	Промежуточный зачет
1	Раздел 1. Основы социальной гигиены и организации терапевтической помощи в РФ.	<u>5</u>	<u>5</u>			зачет
2	Раздел 2. Теоретические основы внутренней патологии.	<u>1</u>	<u>1</u>			зачет
3	Раздел 3. Общие методы обследования терапевтических больных.	<u>2</u>		<u>2</u>		зачет
4	Раздел 4. Болезни органов дыхания.	<u>12</u>	<u>2</u>	<u>7</u>	<u>3</u>	зачет
5	Раздел 5. Болезни сердечно-сосудистой системы.	<u>32</u>	<u>8</u>	<u>15</u>	<u>9</u>	зачет
6	Раздел 6. Ревматические болезни.	<u>9</u>		<u>3</u>	<u>6</u>	зачет
7	Раздел 7. Болезни органов пищеварения.	<u>20</u>	<u>3</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	зачет
8	Раздел 8. Болезни почек.	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	зачет
9	Раздел 9. Болезни органов кроветворения.	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	зачет
10	Раздел 10. Эндокринные заболевания.	<u>4</u>		<u>1</u>	<u>3</u>	зачет
11	Раздел 11. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	зачет

12	Раздел 12. Немедикаментозные методы лечения терапевтических больных.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	зачет
13	Раздел 13. Клиническая фармакология и тактика применения лекарств.	<u>2</u>	<u>2</u>			зачет
14	Раздел 14. Отдельные вопросы смежной патологии.	<u>20</u>	<u>12</u>		<u>8</u>	зачет
15	Раздел 15. Мобилизационная подготовка	<u>6</u>	<u>6</u>			зачет
16	Раздел 16 Паллиативная помощь	9	5	3	1	Зачет
	Итоговая аттестация	6				
	ИТОГО:	144	47	45	46	

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ЦИКЛА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО
ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ТЕРАПИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Цель: углубление знаний квалифицированного врача-специалиста обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Категория обучающихся: врачи-терапевты, заведующие терапевтическими отделениями городских поликлиник и больниц.

Срок обучения: 144 академических часа (4 недель, 1 месяца)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: Очная

№	Наименование разделов	Всего часов	Лекции	Семинары	Практические занятия	Промежуточные зачеты
1	Раздел 1. Основы социальной гигиены и организации терапевтической помощи в РФ.	5	5			зачет
1.1	Организация лечебно-профилактической помощи взрослому населению.	2	2			
1.2	Основы медицинского страхования.	2	2			
1.3	Правовые основы российского здравоохранения.	1	1			
2	Раздел 2. Теоретические основы внутренней патологии.	1	1			Зачет
2.1	Аллергическая реактивность и механизмы аллергических реакций.	1	1			
3	Раздел 3. Общие методы обследования терапевтических больных.	2		2		Зачет

3.1	Лабораторные методы исследования в диагностике внутренних болезней.	<u>1</u>		<u>1</u>		
3.2	Роль и место инструментальных методов диагностики в терапевтической практике.	<u>1</u>		<u>1</u>		
4	Раздел 4. Болезни органов дыхания.	<u>12</u>	<u>2</u>	<u>7</u>	<u>3</u>	Зачет
4.1	Обследование больных с заболеваниями органов дыхания.	<u>1</u>		<u>1</u>		
4.2	Бронхит.	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>		
4.3	Пневмония.	<u>4</u>		<u>2</u>	<u>2</u>	
4.4	Бронхиальная астма.	<u>2</u>		<u>2</u>		
4.5	Дыхательная недостаточность.	<u>1</u>	<u>1</u>			
4.6	Легочное сердце.	<u>1</u>			<u>1</u>	
5	Раздел 5. Болезни сердечно-сосудистой системы.	<u>32</u>	<u>8</u>	<u>15</u>	<u>9</u>	Зачет
5.1	Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией.	<u>6</u>	-	<u>6</u>		
5.2	Атеросклероз.	<u>1</u>		<u>1</u>		
5.3	Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия.	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
5.4	Инфаркт миокарда.	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	
5.5	Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии.	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
5.6	Болезни миокарда.	<u>3</u>	<u>1</u>		<u>2</u>	
5.7	Инфекционный эндокардит.	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>		
5.8	Нарушения ритма и проводимости.	<u>5</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	
5.9	Недостаточность кровообращения.	<u>3</u>	<u>1</u>		<u>2</u>	
6	Раздел 6. Ревматические болезни.	<u>9</u>		<u>3</u>	<u>6</u>	Зачет
6.1	Ревматизм.					
6.2	Ревматические пороки	<u>5</u>		<u>3</u>	<u>2</u>	

	сердца.					
6.3	Заболевания суставов.	<u>2</u>			<u>2</u>	
6.4	Диффузные заболевания соединительной ткани.	<u>2</u>			<u>2</u>	
7	Раздел 7. Болезни органов пищеварения.	<u>20</u>	<u>3</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	Зачет
7.1	Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.	<u>2</u>			<u>2</u>	
7.2	Болезни желудка.	<u>5</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	
7.3	Болезни кишечника.	<u>3</u>		<u>1</u>	<u>2</u>	
7.4	Болезни печени и желчных путей.	<u>8</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	
7.5	Болезни поджелудочной железы.	<u>2</u>		<u>2</u>		
8	Раздел 8. Болезни почек.	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	Зачет
8.1	Методы обследования больных с болезнями почек.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	
8.2	Гломерулонефриты.	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>		
8.3	Пиелонефриты.	<u>1</u>			<u>1</u>	
8.4	Хроническая почечная недостаточность.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	
9	Раздел 9. Болезни органов кроветворения.	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	Зачет
9.1	Гемобластозы.	<u>1</u>	<u>1</u>			
9.2	Анемии.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	
10	Раздел 10. Эндокринные заболевания.	<u>4</u>		<u>1</u>	<u>3</u>	Зачет
10.1	Сахарный диабет.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	
10.2	Болезни щитовидной железы.	<u>1</u>			<u>1</u>	
10.3	Ожирение.	<u>1</u>			<u>1</u>	
11	Раздел 11. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней.	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	Зачет
11.1	Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии.	<u>1</u>		<u>1</u>		

11.2	Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии.	<u>1</u>			<u>1</u>	
11.3	Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии.	<u>1</u>	<u>1</u>			
11.4	Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии.	<u>1</u>			<u>1</u>	
12	Раздел 12. Немедикаментозные методы лечения терапевтических больных.	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	Зачет
12.1	Диетотерапия.	<u>1</u>		<u>1</u>		
12.2	Физиотерапия и санаторно-курортное лечение.	<u>1</u>			<u>1</u>	
13	Раздел 13. Клиническая фармакология и тактика применения лекарств.	<u>2</u>	<u>2</u>			Зачет
13.1	Лекарственные средства, применяемые при сердечно-сосудистых заболеваниях.	<u>1</u>	<u>1</u>			
13.2	Тактика применения антимикробных средств.	<u>1</u>	<u>1</u>			
14	Раздел 14. Отдельные вопросы смежной патологии.	<u>20</u>	<u>12</u>		<u>8</u>	Зачет
14.1	Инфекционные болезни.	<u>6</u>	<u>6</u>			
14.2	Туберкулез органов дыхания.	<u>4</u>	<u>2</u>		<u>2</u>	
14.3	Заболевания нервной системы.	<u>2</u>	<u>2</u>			
14.4	Онкологические заболевания.	<u>8</u>	<u>2</u>		<u>6</u>	
15	Раздел 15. Мобилизационная подготовка	<u>6</u>	<u>6</u>			Зачет
15.1.	Основы национальной безопасности Российской Федерации	<u>2</u>	<u>2</u>			
15.2	Основы единой государственной политики в области ГО	<u>2</u>	<u>2</u>			
15.3	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и моби-	<u>2</u>	<u>2</u>			

	лизации в Российской Федерации					
16	Раздел 16. Паллиативная помощь	<u>2</u>	<u>5</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	Зачет
16.1.	Основы законодательства РФ по вопросам паллиативной помощи	1	1			
16.2.	Принципы и уровни оказания паллиативной помощи	1		1	-	
16.3.	Паллиативная помощь при болезнях органов дыхания.	1	1	-	-	
16.4.	Паллиативная помощь при болезнях органов сердечно-сосудистой системы.	1	1	-	-	
16.5.	Паллиативная помощь при болезнях органов органов пищеварения.	1	1			
16.6.	Паллиативная помощь при болезнях почек и мочевыводящих путей.	1	-	1	-	
16.7.	Паллиативная помощь при болезнях органов кроветворения	1		1		
16.8.	Клиническая фармакология болевого синдрома	1			1	
16.9.	Психологические и этические аспекты паллиативной помощи	1	1			
	Итоговая аттестация	6				
	ИТОГО:	144	47	45	46	

КОНТРОЛЬНО_ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Задания в тестовой форме

В нижеперечисленных вопросах отметьте один или несколько, с Вашей точки зрения, правильных вариантов ответа:

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Раздел 1

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

001. Правильным определением социальной гигиены как науки является
- а) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
 - б) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
 - в) социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения
002. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят все перечисленные элементы, кроме
- а) физического, социального и психологического благополучия
 - б) возможности трудовой деятельности
 - в) наличия или отсутствия болезней
 - г) наличия благоустроенного жилища
003. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме
- а) трудовой активности населения
 - б) заболеваемости
 - в) инвалидности
 - г) демографических показателей
 - д) физического развития населения
004. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах
- а) от 5 до 10%
 - б) от 11 до 15%
 - в) от 16 до 20%
005. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах
- а) от 10 до 15%
 - б) от 16 до 20%
 - в) от 20 до 25%
 - г) свыше 25%
006. Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г. находился в пределах
- а) до 10 на 1000
 - б) от 10 до 15 на 1000
 - в) от 15 до 20 на 1000
007. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все перечисленные факторы, кроме
- а) уровня культуры населения
 - б) экологических факторов среды
 - в) качества и доступности медицинской помощи
 - г) безопасных условий труда
 - д) сбалансированности питания
008. Национальная система социальной защиты населения включает в себя все перечисленное, кроме
- а) социального обеспечения в случае стойкой и временной утраты трудоспособности
 - б) доступной медицинской помощи
 - в) благотворительности
 - г) обязательного медицинского страхования

009. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все перечисленные, кроме
- а) фонда медицинского страхования
 - б) страховой организации
 - в) органа управления здравоохранением
 - г) медицинского учреждения
 - д) гражданина
010. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет всех перечисленных средств, кроме
- а) средств местной администрации
 - б) средств государственных предприятий и учреждений
 - в) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
 - г) средств граждан
011. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются все перечисленные документы, кроме
- а) закона РФ "О медицинском страховании граждан"
 - б) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
 - в) закона "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
 - г) основ законодательства об охране здоровья граждан
012. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все перечисленные положения, кроме
- а) перечня видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
 - б) стоимости различных видов медицинской помощи
 - в) организации добровольного медицинского страхования
 - г) видов платных медицинских услуг
 - д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста
013. Из перечисленных позиций к лицензированию медицинского учреждения не относится
- а) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ
 - б) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования
 - в) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
 - г) оценка степени квалификации медицинского персонала
014. Из перечисленного ниже к методам оценки качества медицинской помощи относится все, кроме
- а) метода экспертных оценок
 - б) соответствия модели конечным результатам деятельности
 - в) оценки выполнения профилактических и лечебных мероприятий
 - г) анализа и оценки демографических показателей
015. Основными задачами поликлиники являются все перечисленные, кроме
- а) медицинской помощи больным на дому
 - б) лечебно-диагностического обслуживания населения
 - в) организации работы по пропаганде здорового образа жизни
 - г) профилактической работы
 - д) экспертизы временной нетрудоспособности
016. К мерам, направленным на сокращение затрат времени пациентов на посещение поликлиники, относится все, кроме
- а) анализа интенсивности потока больных по времени
 - б) нормирования деятельности врачей
 - в) правильной организации графика приема врачей
 - г) четкой работы регистратуры
 - д) дисциплины персонала
017. Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все перечисленные, кроме
- а) оказания своевременной терапевтической помощи
 - б) организации госпитализации больных
 - в) организации специализированной медицинской помощи
 - г) проведения экспертизы временной нетрудоспособности
 - д) организации диспансерного наблюдения населения
018. Из перечисленных видов медицинских осмотров, необходимых для рабочих, подлежащих диспансерному наблюдению, не являются обязательными

- а) предварительные (при поступлении на работу)
 - б) периодические (в период работы)
 - в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)
 - г) после снятия с соответствующей группы инвалидности
019. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия
- а) круглосуточное медицинское наблюдение за больным
 - б) квалифицированное диагностическое обследование
 - в) проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности
 - г) обеспечение синтеза лечебных и профилактических мероприятий
020. Структура больничных учреждений РФ включает все перечисленные типы больниц, кроме
- а) республиканской, областной больницы
 - б) больницы восстановительного лечения
 - в) центральной районной больницы
 - г) городской многопрофильной больницы
 - д) сельской участковой больницы
021. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все перечисленные направления, кроме
- а) заботы о здоровье матери и ребенка
 - б) обеспечения женщинам-матерям возможности максимально использовать гражданские права
 - в) обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
 - г) разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
 - д) социального страхования беременной женщины и женщины-матери
022. Понятие "здоровье ребенка" основывается на всех перечисленных критериях, кроме
- а) оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
 - б) достаточной функциональной и социальной адаптации
 - в) высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
 - г) отсутствия пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
 - д) показателей рождаемости
023. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются все перечисленные, кроме
- а) перинатальной смертности
 - б) неонатальной смертности
 - в) постнеонатальной смертности
 - г) ранней неонатальной смертности
 - д) поздней неонатальной смертности
024. Базовой программой обязательного медицинского страхования определены все перечисленные виды медицинского обслуживания детского населения, за исключением
- а) диспансеризации, динамического наблюдения и проведения плановых профилактических и лечебных мероприятий
 - б) организации и проведения профилактических прививок
 - в) лечения при острых и обострении хронических заболеваний
 - г) наблюдения врачами стационара за больным ребенком на дому после его выписки
025. Интенсификация стационарной помощи детям может быть достигнута за счет всех перечисленных факторов, кроме
- а) использования новых современных медицинских и медико-организационных технологий
 - б) организации стационаров дневного пребывания
 - в) применения доктрины тотальной госпитализации
 - г) создания условий для совместного пребывания детей с родителями
026. Существуют ли различия между трудовым договором и договором контракта?
- а) да
 - б) нет

027. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются все перечисленные документы, кроме
- а) диплома об окончании высшего или среднего учебного медицинского (фармацевтического) заведения
 - б) сертификата
 - в) лицензии
 - г) свидетельства об окончании курсов
028. Квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам из среднего медицинского (фармацевтического) персонала,
- со дня издания приказа органа здравоохранения действительна в течение
- а) 5 лет
 - б) 3 лет
 - в) 7 лет
029. Запись в трудовой книжке специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории
- а) вносится обязательно
 - б) вносится необязательно
 - в) не вносится
030. Ограничение в размерах доплат работникам за совмещение профессий (должностей), увеличение объема работ, расширение зоны обслуживания
- а) установлено
 - б) не установлено
031. Медицинская деонтология - это
- а) самостоятельная наука о долге медицинских работников
 - б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
032. Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики является правильной
- а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
 - б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
 - в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
 - г) верно все перечисленное
033. Соблюдение врачебной тайны необходимо
- а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
 - б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
 - в) для защиты социальных и экономических интересов личности
 - г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
 - д) для поддержания престижа медицинской профессии
 - е) для всего перечисленного
034. Добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства
- а) всегда
 - б) в особых ситуациях
 - в) не всегда
035. Предметом медицинской статистики являются
- а) здоровье населения
 - б) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды
 - в) анализ данных о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
 - г) оценка достоверности результатов клинических и экспериментальных исследований
 - д) все перечисленные положения
 - е) верно а) и б)

036. Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях знака, равная является вероятность изучаемого признака,
- 68%
 - 90%
 - 92%
 - 95%
 - 94%
037. Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле
- $(\text{число умерших за 1 год} \times 1000) / (\text{средняя численность населения})$
 - $(\text{число умерших за 1 год} \times 1000) / (\text{численность населения})$
038. Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле
- $(\text{число детей, умерших до 1 года} \times 1000) / (\text{средняя численность детского населения})$
 - $(\text{число детей, умерших до 1 года в данном календарном году} \times 1000) / (\text{году} + 1/3 \text{ родившихся в предыдущем году})$
039. Показатель материнской смертности исчисляется по формуле
- $(\text{число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 недель после прекращения беременности} \times 100000 \text{ живорожденных}) / (\text{число живорожденных})$
 - $(\text{число умерших беременных после 28 недель} \times 100000 \text{ живорожденных}) / (\text{суммарное число беременностей после 28 недель})$
040. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся
- среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении
 - показатель систематичности наблюдения
 - показатель частоты рецидивов
 - полнота охвата диспансерным наблюдением
 - заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на диспансерном наблюдении
 - верно б) и в)
041. Организация работы поликлиники характеризуется следующими показателями
- структурой посещений по специальности
 - динамикой посещений, распределением посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня
 - объемом помощи на дому, структурой посещений на дому, активностью врачей по помощи на дому
 - соотношением первичных и повторных посещений на дому
 - всеми перечисленными положениями
042. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели
- среднее число дней работы койки
 - среднее число занятых и свободных коек
 - оборот койки
 - средние сроки пребывания больного в стационаре
 - все перечисленные показатели
043. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как
- отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
 - отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
 - отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
044. Для оценки качества деятельности участкового (цехового) врача-терапевта экспертно оцениваются
- каждый случай смерти на дому
 - каждый случай первичного выхода на инвалидность
 - каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
 - каждый случай выявления больных

- с запущенными формами злокачественного новообразования,
д) все перечисленное

туберкулеза

045. К показателям, характеризующим в общем деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения, относятся
а) обеспеченность населения врачами
б) обеспеченность средним медицинским персоналом
в) показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом)
г) коэффициент совместительства
д) все перечисленное

Раздел 2

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

001. Везикулярное дыхание выслушивается
а) на вдохе
б) на выдохе
в) на вдохе и первой трети выдоха
г) на вдохе и первых двух третях выдоха
д) на протяжении всего вдоха и всего выдоха
002. При эмфиземе легких дыхание
а) везикулярное
б) везикулярное ослабленное
в) везикулярное усиленное
г) бронхиальное
д) саккадированное
003. Звонкие влажные хрипы характерны
а) для эмфиземы легких
б) для абсцесса легких
в) для крупозной пневмонии
г) для бронхиальной астмы
д) для застоя крови в малом круге кровообращения
004. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук
а) притупленный тимпанит
б) коробочный
в) тимпанический
г) тупой
д) металлический
005. Бронхиальное дыхание выслушивается
а) на вдохе
б) на выдохе
в) на вдохе и одной трети выдоха
г) на протяжении всего вдоха и всего выдоха
д) на вдохе и первых двух третях выдоха
006. Амфорическое дыхание наблюдается
а) при очаговой пневмонии
б) при бронхите
в) при бронхиальной астме
г) при абсцессе легкого
д) при эмфиземе легких
007. Ослабление голосового дрожания характерно
а) для бронхоэктазов
б) для экссудативного плеврита
в) для абсцесса легкого в стадии полости
г) для очаговой пневмонии
д) для крупозной пневмонии
008. Усиление голосового дрожания типично
а) для гидроторакса
б) для абсцесса легкого в стадии полости
в) для закрытого пневмоторакса
г) для эмфиземы легких
д) для бронхиальной астмы

009. Пульс tardus, parvus характерен
- а) для недостаточности трехстворчатого клапана
 - б) для недостаточности митрального клапана
 - в) для недостаточности аортального клапана
 - г) для стеноза устья аорты
 - д) для митрального стеноза
010. Наличие у больного положительного венного пульса характерно
- а) для недостаточности митрального клапана
 - б) для митрального стеноза
 - в) для недостаточности аортального клапана
 - г) для стеноза устья аорты
 - д) для недостаточности трехстворчатого клапана
011. Наиболее вероятная причина значительного расширения абсолютной тупости сердца
- а) дилатация правого предсердия
 - б) дилатация правого желудочка
 - в) гипертрофия правого желудочка
 - г) дилатация левого желудочка
 - д) гипертрофия левого желудочка
012. Значительное расширение сердца влево и вниз наблюдается при дилатации
- а) правого предсердия
 - б) правого желудочка
 - в) левого предсердия
 - г) левого желудочка
013. Кровохарканье чаще всего наблюдается
- а) при недостаточности митрального клапана
 - б) при митральном стенозе
 - в) при недостаточности аортального клапана
 - г) при стенозе устья аорты
 - д) при недостаточности трехстворчатого клапана
014. Систолическое дрожание над верхушкой сердца характерно
- а) для недостаточности митрального клапана
 - б) для недостаточности аортального клапана
 - в) для митрального стеноза
 - г) для стеноза устья аорты
 - д) для недостаточности трехстворчатого клапана
015. Усиление систолического шума в области нижней трети грудины в конце форсированного вдоха типично
- а) для недостаточности митрального клапана
 - б) для митрального стеноза
 - в) для недостаточности аортального клапана
 - г) для стеноза устья аорты
 - д) для недостаточности трехстворчатого клапана
016. Для почечной колики характерны
- а) боли в поясничной области
 - б) дизурические явления
 - в) положительный симптом Пастернацкого
 - г) иррадиация боли в низ живота или паховую область
 - д) все перечисленное
017. Односторонние боли в поясничной области характерны
- а) для острого гломерулонефрита
 - б) для острого цистита
 - в) для острого пиелонефрита
 - г) для амилоидоза почек
018. Типичным при асците является
- а) выраженная асимметрия живота
 - б) втянутый пупок
 - в) симптом флюктуации
 - г) расхождение прямых мышц живота

- д) громкий тимпанит в боковых отделах живота при положении больного лежа
019. Из данных анализа мочи, произведенного по методу Нечипоренко, (в пересчете на 1 мл) характерными для гломерулонефрита являются
- а) эритроцитов - 1000, лейкоцитов - 4000, гиалиновых цилиндров - 220
 - б) эритроцитов - 1500, лейкоцитов - 10000, гиалиновых цилиндров - 240
 - в) эритроцитов - 7500, лейкоцитов - 4100, гиалиновых цилиндров - 600
 - г) эритроцитов - 300, лейкоцитов - 900, гиалиновых цилиндров - 28
 - д) эритроцитов - нет, лейкоцитов - 8400, гиалиновых цилиндров - нет
020. Альбуминурия и гипопроteinемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны
- а) для острого гломерулонефрита
 - б) для пиелонефрита
 - в) для почечно-каменной болезни
 - г) для цистита
021. Показанием к эзофагоскопии является все перечисленное, кроме
- а) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - б) эзофагита
 - в) рака пищевода
 - г) травмы грудной клетки
 - д) варикозного расширения вен пищевода
022. Из указанных заболеваний относительным противопоказанием к эзофагоскопии является
- а) варикозное расширение вен пищевода
 - б) эпилепсия
 - в) острое воспалительное заболевание миндалин, глотки, гортани, бронхов
 - г) эзофагит
 - д) рак пищевода
023. Показания к диагностической плановой бронхофиброскопии:
- 1) профузное легочное кровотечение
 - 2) астматическое состояние
 - 3) центральные и периферические опухоли легких
 - 4) стеноз гортани
 - 5) нагноительные заболевания легких
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 3, 5
024. Абсолютным противопоказанием к бронхоскопии является
- а) крупозная пневмония
 - б) инсульт
 - в) инородное тело бронхов
 - г) бронхогенный рак с отдаленными метастазами
025. Относительные противопоказания к плановой гастроскопии:
- 1) кардиоспазм II степени
 - 2) психические заболевания
 - 3) воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, бронхов
 - 4) варикозное расширение вен пищевода
 - 5) стенокардия покоя
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 3, 5
026. Специальной подготовки к гастроскопии требуют больные
- а) с язвой желудка
 - б) со стенозом привратника
 - в) с хроническим гастритом
 - г) с эрозивным гастритом
 - д) с полипами желудка

027. Показанием к плановой гастроскопии является
- а) обострение хронического гастрита
 - б) язва желудка
 - в) рак желудка
 - г) доброкачественная подслизистая опухоль желудка
 - д) все перечисленное
028. Показанием к экстренной гастроскопии не является
- а) желудочно-кишечное кровотечение
 - б) инородное тело
 - в) анастомозит
029. При наличии у больного симптомов желудочно-кишечного кровотечения ему следует произвести
- а) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости
 - б) рентгенографию желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
 - в) эзофагогастродуоденоскопию
030. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:
- 1) тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона
 - 2) декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность
 - 3) гемофилия
 - 4) острый парапроктит
 - 5) кровоточащий геморрой
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
031. Гнилостный, зловонный запах мокроты появляется:
- 1) при гангрене легкого
 - 2) при раке легкого
 - 3) при абсцессе легкого
 - 4) при крупозной пневмонии
 - 5) при бронхоэктазах
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 3, 5
032. При абсцессе легкого мокрота имеет
- а) густую консистенцию из-за наличия гноя
 - б) вязкую консистенцию из-за присутствия слизи
 - в) жидкую консистенцию, поскольку содержит пропотевшую в бронхи плазму крови
033. Эластические волокна в мокроте обнаруживаются:
- 1) при абсцессе легкого
 - 2) при крупозной пневмонии
 - 3) при туберкулезе легкого
 - 4) при хроническом бронхите
 - 5) при раке легкого в стадии распада
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 3, 5
034. Из перечисленных заболеваний слизисто-кровянистая мокрота характерна
- а) для острого трахеобронхита
 - б) для бронхопневмонии
 - в) для хронического бронхита
 - г) для бронхогенного рака легкого
 - д) для туберкулеза легкого
035. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:
- 1) увеличение содержания фибриногена в крови

- 2) увеличение количества эритроцитов в крови
 - 3) увеличение альбуминов в крови
 - 4) увеличение количества глобулинов в крови
 - 5) увеличение желчных кислот в крови
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 3, 4
036. Из перечисленных вариантов для периода выздоровления при инфекционных и воспалительных заболеваниях характерен
- а) лейкоцитоз, нейтрофилез с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, эозинопения
 - б) небольшой лейкоцитоз (нейтрофилез и небольшая эозинофилия)
 - в) лейкопения, нейтропения, эозинопения
 - г) нормальное количество лейкоцитов (нейтрофилов), выраженная эозинофилия
 - д) выраженные лейкоцитоз, нейтрофилез и эозинофилия
037. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна
- а) для хронического нефрита
 - б) для пиелонефрита
 - в) для сахарного диабета
 - г) для несахарного диабета
 - д) для сморщенной почки
038. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно
- а) для подпеченочной желтухи
 - б) для надпеченочной (гемолитической) желтухи
 - в) для печеночной желтухи
 - г) для застойной почки
 - д) для инфаркта почки
039. Выраженное увеличение стеркобилина в кале характерно
- а) для подпеченочной желтухи
 - б) для надпеченочной (гемолитической) желтухи
 - в) для почечно-каменной болезни
 - г) для инфаркта почки
 - д) для хронического нефрита
040. Выраженная билирубинурия характерна
- а) для подпеченочной желтухи
 - б) для надпеченочной (гемолитической) желтухи
 - в) для почечно-каменной болезни
 - г) для застойной почки
 - д) для хронического нефрита
041. Белками острой фазы воспаления являются все перечисленные, кроме
- а) трансферрина
 - б) гаптоглобина
 - в) церулоплазмينا
 - г) α_1 -протеиназного ингибитора
042. Основная масса белков острой фазы воспаления относится к фракции
- а) α_1 - и α_2 -глобулинов
 - б) γ -глобулинов
 - в) β -глобулинов
043. Транзиторная лейкопения возникает во всех перечисленных случаях, кроме
- а) лучевого воздействия с терапевтической целью
 - б) длительного приема лекарственных средств
 - в) алиментарной недостаточности
 - г) значительной физической нагрузки

Раздел 3

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПИИ

001. Дыхательный объем - это
- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
 - б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
 - в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
 - г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
002. Резервный объем вдоха - это
- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
 - б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
 - в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
 - г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
003. Резервный объем выдоха - это
- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
 - б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
 - в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
 - г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
004. Остаточный объем легких - это
- а) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха
 - б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха
 - в) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха
 - г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха
005. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это
- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
 - б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
 - в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
 - г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
006. Емкость вдоха (Евд) - это
- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
 - б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
 - в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
 - г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
007. Функциональная остаточная емкость (ФОЕ) легких - это
- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
 - б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
 - в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
 - г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
008. Резерв легочной вентиляции (РЛВ) - это
- а) максимальный объем воздуха, вентилируемый в течение 1 мин
 - б) объем воздуха, остающегося в легких после спокойного выдоха
 - в) максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких после максимального вдоха
 - г) максимальный объем воздуха, который можно вдохнуть после спокойного выдоха
009. Жизненная емкость легких зависит
- а) от длины тела
 - б) от площади поверхности тела
 - в) от массы тела
 - г) от пола
 - д) от всего перечисленного

010. Уменьшение жизненной емкости легких
выявляется при всех перечисленных состояниях, кроме
а) воспалительных процессов в органах грудной полости
б) беременности (вторая половина)
в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
г) асцита
011. Абсолютным противопоказанием
к проведению тестов с физической нагрузкой является
а) нестабильная стенокардия
б) тромбоэмболия
в) артериальная гипертензия
с высокими цифрами артериального давления
(выше 220/110 мм рт. ст.)
г) флеботромбоз глубоких вен голени
д) все перечисленное
012. Электрокардиографическими признаками ишемии миокарда
при выполнении пробы с физической нагрузкой являются
а) переходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
б) формирование отрицательного зубца T
в) появление блокады ножек пучка Гиса
г) появление экстрасистолии
013. На ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов
отличаются не более, чем на 0.10 с; зубцы P (в отведениях I, II, AVF)
положительные перед каждым комплексом QRS.
Можно предположить
а) ритм синусовый, регулярный
б) ритм синусовый, нерегулярный
в) мерцательную аритмию
г) ритм атриовентрикулярного соединения, регулярный
д) ритм атриовентрикулярного соединения, нерегулярный
014. На ЭКГ продолжительность интервала PQ колеблется от 0.12 до 0.20 с.
Это может быть
а) синусовый ритм
б) предсердный ритм
в) синусовая аритмия
г) все перечисленное
015. На ЭКГ продолжительность интервала PQ больше 0.20 с.
Это характерно
а) для полной атриовентрикулярной блокады
б) для неполной атриовентрикулярной блокады I степени
в) для блокады ножек пучка Гиса
016. На ЭКГ отрицательный зубец P располагается
после преждевременного, но неизменного комплекса QRS.
Это
а) атриовентрикулярная экстрасистола
б) предсердная экстрасистола
в) желудочковая экстрасистола
017. На ЭКГ ритм желудочковых сокращений (QRST) неправильный,
зубец P отсутствует.
Это указывает
а) на мерцательную аритмию
б) на желудочковую экстрасистолию
в) предсердную экстрасистолию
018. На ЭКГ при наличии преждевременного желудочкового комплекса
зубец P не определяется.
Это может быть
1) при атриовентрикулярной экстрасистоле
2) при желудочковой экстрасистоле
3) при неполной атриовентрикулярной диссоциации
4) при предсердной экстрасистоле
а) верно 1, 2
б) верно 2, 3
в) верно 3, 4

- г) верно 1, 4
д) верно 2, 4
019. На ЭКГ ритм синусовый, R-R - 0.95 с, P-Q - 0.22 с, QRS - 0.09 с.
После физической нагрузки: R-R - 0.65 с, P-Q - 0.18 с, QRS - 0.09 с.
Заключение
а) неполная атриовентрикулярная блокада I степени, обусловленная ваготонией
б) нарушение внутрипредсердной проводимости
в) нарушение синоатриальной проводимости
020. Больной 48 лет жалуется на боли в эпигастральной области, слабость.
Ранее боли в животе не беспокоили.
На ЭКГ зубец Q в отведениях I, AVF увеличен;
сегмент S-T в отведениях III, AVF приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T;
сегмент S-T в отведениях V₁-V₃ ниже изолинии;
в отведениях V₁, V₂ высокий, остроконечный зубец T.
Заключение
а) инфаркт передней стенки левого желудочка
б) инфаркт задней нижней стенки левого желудочка
в) остро возникшее ущемление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
021. С помощью эхокардиографии можно диагностировать
а) пороки сердца и пролапс митрального клапана
б) дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию
в) опухоли сердца
г) экссудативный (выпотной) перикардит
д) крупноочаговый инфаркт миокарда
е) все перечисленное
022. Наиболее информативным методом выявления бронхоэктазов является
а) рентгенография
б) томография
в) бронхография
г) ангиопульмонография
023. Наиболее эффективным методом выявления небольшого количества жидкости в плевральной полости является
а) рентгеноскопия (в обычном положении - ортопозиции)
б) рентгенография
в) томография
г) латероскопия (рентгеноскопия в латеропозиции)
024. Бронхоскопию необходимо проводить
а) при ателектазе доли, сегмента легкого
б) при острой долевого, сегментарной пневмонии
в) при экссудативном плеврите
г) при остром абсцессе легкого
д) при а) и г)
е) при всех перечисленных заболеваниях
025. "Легочное сердце" может возникнуть
а) при гипертонической болезни
б) при гипертиреозе
в) при миокардите
г) при хроническом обструктивном бронхите
д) при всем перечисленном
026. "Вялая" пульсация сердца (снижение амплитуды систолодиастолических движений миокарда) наблюдается
а) при митральном стенозе
б) при миокардите
в) при дефекте межжелудочковой перегородки
г) при гипертонической болезни
027. Внутривенная холецистография является информативным методом диагностики
а) расширения общего желчного протока

- б) хронического калькулезного холецистита
 - в) хронического активного гепатита
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
028. Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является
- а) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
 - б) релаксационная дуоденография
 - в) внутривенная холеграфия
 - г) ретроградная панкреатохолангиография
 - д) компьютерная томография
029. Преимущества энтероклизмы перед другими методами рентгенологического исследования тонкой кишки состоят в том, что она позволяет
- а) изучить функциональные нарушения
 - б) оценить сроки пассажа взвеси бария по кишке
 - в) выявить участки сужения, их протяженность, сократить продолжительность исследования
 - г) все перечисленное
030. Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 12 часов после приема бариевой взвеси позволяет оценить все перечисленное, кроме
- а) состояния толстой кишки
 - б) состояния илеоцекальной области
 - в) сроков пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту
 - г) состояния тонкой кишки
031. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) диагностически значимыми методиками могут быть
- а) внутривенная холеграфия
 - б) компьютерная томография
 - в) ретроградная эндоскопическая панкреатохолангиография
 - г) транспариетальная холангиография
 - д) все перечисленные
032. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода
- а) варикозное расширение вен и рак
 - б) чашеподобная карцинома и язва
 - в) стенозирующий кардиоэзофагальный рак и ахалазия кардии
 - г) рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии
033. При рентгенографии желудка остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1 см в диаметре, в виде выступа на контуре, окруженная симметричным инфильтративным овалом, имеющая эластичную стенку, наиболее характерна
- а) для язвенного дефекта при неосложненной язвенной болезни
 - б) для пенетрирующей язвы
 - в) для озлокачествленной язвы
 - г) для инфильтративно-язвенного рака
034. При выявлении в процессе рентгенологического обследования трехслойной ниши, выступающей за контур желудка, рубцовой деформации желудка и воспалительной перестройки рельефа слизистой оболочки наиболее вероятен диагноз
- а) острой язвы желудка
 - б) пенетрирующей язвы желудка
 - в) озлокачествленной язвы желудка
 - г) инфильтративно-язвенного рака
035. Выявленная при рентгенографии желудка плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5 см в диаметре, неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг наиболее характерна

- а) для неосложненной язвы антрального отдела желудка
 - б) для пенетрирующей язвы
 - в) для озлокачествленной язвы
 - д) для эрозивного рака в начальной стадии
036. Выявленные при рентгенографии желудка
поверхностная ниша в виде "штриха" с зоной сглаженной слизистой
оболочки вокруг, выпрямленность и укорочение малой кривизны желудка
соответственно локализации изменений
наиболее характерные проявления
- а) неосложненной язвы желудка
 - б) пенетрирующей язвы желудка
 - в) озлокачествленной язвы желудка
 - г) эрозивного рака
037. Высокие цифры кислотности желудочного сока,
выявленные при рентгенологическом исследовании
множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки,
наличие хорошо васкуляризированной опухоли поджелудочной железы,
установленное при ангиографии, - симптомы, характерные
- а) для рака поджелудочной железы
 - б) для панкреатита
 - в) для синдрома Золлингера - Эллисона
 - г) для карциноидного синдрома
038. О кавернозном туберкулезе почки
при исследовании методом экскреторной урографии свидетельствует
- а) дефект паренхимы
 - б) "белая" почка
 - в) отсутствие контрастирования почки
 - г) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы
039. Наиболее рациональным методом выявления камней мочевых путей
является
- а) экскреторная урография
 - б) обзорная рентгенография
 - в) томография
 - г) ретроградная пиелоуретерография
040. Ионизирующей способностью обладают:
- 1) β -излучение
 - 2) фотоны видимого света
 - 3) ультрафиолетовое излучение
 - 4) γ -излучение
 - 5) инфракрасное излучение
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 4
041. Наиболее точное представление
о функциональном состоянии каждой почки в отдельности дает
- 1) ретроградная пиелография
 - 2) динамическая скintiграфия
 - 3) инфузионная урография
 - 4) радионуклидная ренография
- а) верно 1, 3
 - б) верно 2, 4
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 3
 - д) верно 1, 4
042. По данным скintiграфии печени
можно сделать любое из перечисленных заключений, кроме
- а) нормального изображения печени
 - б) опухоли печени
 - в) диффузного поражения печени
 - г) хронического гепатита
 - д) очагового поражения печени

043. Характерным для метастатического поражения костной системы при исследовании с мечеными фосфатными комплексами является
- а) высокий уровень накопления радиофармпрепаратов (РФП) в очагах поражения
 - б) отсутствие накопления (дефект) РФП в очагах поражения
 - в) снижение по сравнению со здоровой костной тканью накопления РФП в очагах поражения
044. В норме уровень сахара в крови при проведении теста на толерантность к глюкозе
- а) превышает исходный уровень на 80% и более через 30-60 мин после нагрузки
 - б) не превышает исходного уровня более чем на 80% через 30-60 мин после нагрузки
 - в) превышает исходный уровень более чем на 100% через 1 час после нагрузки
 - г) достигает 8-9 ммоль/л через 2 часа после нагрузки
045. При проведении глюкокортикостероидной пробы у здоровых людей
- а) уровень сахара в крови снижается
 - б) уровень сахара в крови не изменяется
 - в) уровень сахара в крови повышается
046. Принцип пробы Зимницкого заключается
- а) в динамическом наблюдении за количеством выделяемой мочи
 - б) в динамическом наблюдении за относительной плотностью мочи в течение суток и определении объема выделенной мочи в течение дня и в течение ночи
 - в) в выявлении связи диуреза с режимом дня
047. Проба Зимницкого при хронической почечной недостаточности характеризуется
- а) уменьшением количества суточной мочи
 - б) низкой относительной плотностью всех порций мочи
 - в) преобладанием ночного диуреза над дневным
 - г) неравномерным выделением мочи на протяжении суток
 - д) верно б) и в)
 - е) верно а) и г)
048. При проведении пробы Зимницкого необходимо
- а) соблюдать строгую диету с исключением соли
 - б) ограничить физическую активность
 - в) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим)
 - г) ограничить употребление соли
049. Концентрационную способность почек наиболее точно характеризует
- а) показатель удельного веса мочи в одном обычном анализе
 - б) проба с сухоедением
 - в) проба Зимницкого
 - г) осмотическая концентрация мочи, определяемая методом криоскопии

Раздел 4

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

001. К гипотензивным антиадренергическим средствам относятся
- а) резерпин
 - б) коринфар
 - в) финоптин
 - г) верошпирон
002. Непосредственное влияние на гладкую мускулатуру артериол системного кровотока оказывает
- а) клофелин
 - б) апрессин
 - в) гипотиазид
 - г) изобарин

003. К препаратам, задерживающим воду при длительном применении, относятся все перечисленные, кроме
- а) гуанетидина
 - б) резерпина
 - в) допегита
 - г) гемитона
 - д) амилорида
004. Не уменьшает секрецию катехоламинов
- а) гемитон
 - б) допегит
 - в) апрессин
 - г) резерпин
005. При заболеваниях щитовидной железы нежелательно назначение
- а) хинидина
 - б) изоптина
 - в) кордарона
 - г) лидокаина
006. Механизм действия каптоприла связан
- а) с блокадой натрий-калиевой АТФазы
 - б) с подавлением ангиотензин-конвертирующего фермента
 - в) с центральным симпатолитическим действием
007. Влияние индометацина и салицилатов на эффективность кумариновых производных
- а) усиливают эффект
 - б) не изменяют
 - в) снижают
008. Калийсберегающим свойством обладает
- а) урегит
 - б) фуросемид
 - в) верошпирон
 - г) гипотиазид
009. Больным гипертонической болезнью при наличии признаков обострения хронического обструктивного бронхита противопоказан
- а) допегит
 - б) гемитон
 - в) обзидан
 - г) гипотиазид
010. Терапия гипертонической болезни допегитом возможна у больных, имеющих в качестве сопутствующего заболевания
- а) системную красную волчанку
 - б) острый гепатит
 - в) аутоиммунную гемолитическую анемию
 - г) язвенную болезнь
011. Побочное действие в виде вялости, сонливости, депрессии могут вызывать все перечисленные препараты, кроме
- а) допегита
 - б) гемитона
 - в) резерпина
 - г) коринфара
012. К побочным действиям резерпина относятся все перечисленные, кроме
- а) депрессии и адинамии
 - б) тахикардии
 - в) повышения желудочной секреции, моторики кишечника, обострения язвенной болезни, бронхиальной астмы
 - г) заложенности носа
013. К побочным эффектам допегита относят все перечисленные, кроме
- а) вялости и депрессии
 - б) ухудшения функции печени

- в) расстройства половой функции у мужчин
 - г) гипергликемии
 - д) гемолитической анемии
014. Среди положений, касающихся действия сердечных гликозидов в терапевтической дозе, укажите неверное
- а) повышают возбудимость миокарда
 - б) усиливают сократимость миокарда
 - в) ускоряют проводимость миокарда
 - г) уменьшают автоматизм синусового узла
015. Наибольшим жаропонижающим действием обладает
- а) бруфен
 - б) реопирин
 - в) аспирин
016. При лечении недостаточности кровообращения у больных с хронической почечной недостаточностью возможно применение всех перечисленных препаратов, за исключением
- а) дигоксина
 - б) дигитоксина
 - в) изоланида
 - г) адонизида
017. При лечении сердечной недостаточности у больных с циррозом печени предпочтение отдается
- а) дигоксину
 - б) дигитоксину
 - в) коргликону
 - г) адонизиду
018. Сердечные гликозиды урежают частоту сердечных сокращений у больных с синусовым ритмом в основном за счет
- а) повышения тонуса блуждающего нерва
 - б) снижения возбудимости желудочков сердца
 - в) непосредственного влияния на синусовый узел
019. При ревматоидном артрите, протекающем на фоне язвенной болезни, предпочтительнее назначать
- а) аспирин
 - б) индометацин в свечах
 - в) бруфен
 - г) пирабутол
020. Признаками достаточной дигитализации являются
- а) изменение конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ
 - б) удлинение интервала Р-Q
 - в) изменение продолжительности электрической систолы
 - г) все перечисленные
021. Рефрактерность к сердечным гликозидам возможна при недостаточности кровообращения у больных
- а) с ревмокардитом
 - б) с тиреотоксикозом
 - в) с системной красной волчанкой
 - г) с амилоидозом
 - д) со всем перечисленным
022. Клиническими проявлениями интоксикации сердечными гликозидами являются все перечисленные, кроме
- а) нарушения ритма сердца
 - б) снижения коагулирующих свойств крови
 - в) нарушения цветоощущения
 - г) анорексии
023. Для дигиталисной интоксикации характерно
- а) желудочковая бигеминия
 - б) желудочковая пароксизмальная тахикардия
 - в) предсердная тахикардия
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного

024. Препаратом, в наибольшей степени замедляющим проведение возбуждения в атриовентрикулярном узле, является
- а) обзидан
 - б) новокаинамид
 - в) финоптин
 - г) лидокаин
025. Назовите препарат, антиаритмическая активность которого зависит от концентрации калия в сыворотке крови
- а) дифенин
 - б) кордарон
 - в) этмозин
 - г) обзидан
026. Наиболее короткий период полувыведения при внутривенном введении наблюдается
- а) у финоптина
 - б) у обзидана
 - в) у новокаи амида
 - г) у ритмилена
027. К препаратам, замедляющим проведение возбуждения на уровне атриовентрикулярного соединения, относятся
- а) дигоксин
 - б) анаприлин
 - в) финоптин
 - г) все перечисленные
028. Холинолитическим (атропиноподобным) действием обладает
- а) анаприлин
 - б) хинидин
 - в) кордарон
 - г) тримекаин
029. Из перечисленных к группе мембраностабилизирующих (хинидиноподобных) препаратов относятся
- 1) новокаи намид
 - 2) изоптин
 - 3) хинидин
 - 4) аймалин
 - 5) этмозин
 - 6) неробол
 - 7) кордарон
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 6, 7
030. При купировании пароксизмов наджелудочковой тахикардии применяются все перечисленные препараты, кроме
- а) лидокаина
 - б) новокаи амида
 - в) изоптина
 - г) АТФ
031. У больных, страдающих синдромом преждевременного возбуждения желудочков (Вольфа - Паркинсона - Уайта), в период развития пароксизма мерцательной аритмии противопоказано введение
- а) новокаи амида
 - б) ритмилена
 - в) финоптина
 - г) лидокаина
032. Препаратом выбора в лечении гликозидной интоксикации, проявляющейся желудочковой экстрасистолой, является
- а) хинидин
 - б) дифенин

- в) аллапинин
 - г) новокаиномид
033. При купировании пароксизмов мерцательной аритмии предпочтение отдается
- а) АТФ
 - б) новокаиномиду
 - в) финоптину
 - г) обзидану
034. Для профилактики пароксизмальной мерцательной аритмии у лиц с перегрузкой левого предсердия применяют
- а) обзидан
 - б) сердечные гликозиды
 - в) изоптин
035. Основным показанием к назначению лидокаина является
- а) пароксизмальная желудочковая тахикардия и частая желудочковая экстрасистолия
 - б) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
 - в) трепетание предсердий
 - г) узловатая тахикардия
036. Противопоказания к назначению хинидина
- 1) атриовентрикулярная блокада
 - 2) высокое артериальное давление
 - 3) синусовая тахикардия
 - 4) выраженная недостаточность кровообращения
 - 5) болезни печени
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 2, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 3, 4, 5
037. Наибольшим противовоспалительным действием обладает
- а) бруфен
 - б) вольтарен
 - в) аспирин
 - г) бутадиион
038. Для профилактики фибрилляции желудочков в остром периоде инфаркта миокарда препаратом выбора является
- а) этацизин
 - б) кордарон
 - в) лидокаин
 - г) новокаиномид
039. Основным противопоказанием к назначению этмозина является
- а) атриовентрикулярная блокада II-III степени
 - б) блокада правой ножки пучка Гиса
 - в) синусовая тахикардия
 - г) синусовая брадикардия
040. Некоторые антиаритмические препараты обладают аритмогенной активностью, особенно
- а) лидокаин
 - б) этацизин
 - в) финоптин
 - г) анаприлин
041. Побочным действием лидокаина является
- а) парестезии
 - б) головокружение
 - в) тошнота
 - г) снижение артериального давления
 - д) все перечисленное
042. Основным показанием к применению аллапинина является
- а) повторная фибрилляция желудочков

- в остром периоде инфаркта миокарда
 - б) желудочковая экстрасистолия
 - в) профилактика пароксизмов мерцательной аритмии
 - г) наджелудочковая экстрасистолия
043. Больному при непереносимости хинидина нельзя назначать
- а) аллапинин
 - б) этаизин
 - в) кинилентин
 - г) аймалин
044. β -адреноблокатором, оказывающим наименьшее отрицательное влияние на частоту сердечных сокращений, является
- а) коргард
 - б) тразикор
 - в) анаприлин
045. При лечении желудочковой экстрасистолии у больного, страдающего ишемической болезнью сердца, предпочтение отдается
- а) этмозину
 - б) обзидану
 - в) ритмилену
 - г) кинилентину
046. Выберите препарат для купирования пароксизма мерцательной аритмии у больного, постоянно принимающего кордарон с профилактической целью
- а) обзидан
 - б) финоптин
 - в) дифенин
 - г) новокаиномид
047. У больного с искусственным водителем ритма возникла желудочковая экстрасистолия. Нуждается ли такой больной в лечении антиаритмическими препаратами?
- а) да
 - б) нет
048. Выберите препарат, обладающий наибольшим анальгезирующим эффектом
- а) бруфен
 - б) вольтарен
 - в) индометацин
 - г) бутадион
049. Основными показаниями к назначению кордарона как противоаритмического средства являются
- 1) экстрасистолия предсердная и желудочковая
 - 2) фибрилляция желудочков
 - 3) синусовая тахикардия
 - 4) пароксизмы мерцания и трепетания предсердий
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 4
050. Отхаркивающим средством, обладающим также антисептическим свойством, является
- а) трава термопсиса
 - б) бромгексин
 - в) мукалтин
 - г) трава чабреца
051. Для окончательной оценки эффективности действия интала необходим срок
- а) 1 неделя
 - б) 2-4 недели
 - в) 1.5-2 месяца
052. Для уменьшения риска развития толерантности к нитратам следует
- а) обеспечить равномерную концентрацию лекарства в крови

- в течение суток
- б) делать перерывы между приемами препарата
 - в) использовать малые дозы препарата
 - г) использовать максимальные дозы препарата
053. В случае развития толерантности к суставу его можно заменить
- а) нитронгом
 - б) тринитролонгом
 - в) сустонитом
 - г) корватонем
054. При антибактериальной терапии острого пиелонефрита, развившегося у больного с миастенией, следует назначать
- а) ампициллин
 - б) гентамицин
 - в) карбенициллин
 - г) цефалоспорины
055. При стенокардии Принцметала предпочтение следует отдать
- а) кордарону
 - б) обзидану
 - в) коринфару
 - г) курантилу
056. Больному с глаукомой противопоказан
- а) амитриптилин
 - б) тазепам
 - в) мебикар
057. β -адреноблокатор, наименее замедляющий сердечный ритм
- а) обзидан
 - б) вискен
 - в) атенолол
058. Положительный гемодинамический эффект нитроглицерина при лечении ишемической болезни сердца, осложненной сердечной недостаточностью, обусловлен
- а) уменьшением венозного притока
 - б) увеличением сердечного выброса
 - в) увеличением периферического сопротивления
 - г) снижением коронарного кровотока
059. Укажите, у какого антагониста кальция наиболее выражена способность к кумуляции
- а) у финоптина
 - б) у коринфара
 - в) у фенигидина
 - г) у сензита
060. Антагонист кальция, оказывающий отрицательный дромотропный эффект (уменьшает проводимость)
- а) коринфар
 - б) фенигидин
 - в) сензит
 - г) финоптин
061. Показанием к назначению аспирина при лечении ишемической болезни сердца является
- а) снижение показателя гематокрита
 - б) повышение агрегационной способности тромбоцитов
 - в) повышение уровня протромбина
 - г) снижение фибринолитической активности крови
062. Глюкокортикостероиды вызывают
- а) подавление образования антител
 - б) задержку образования грануляций
 - в) стимуляцию глюконеогенеза из белков и подавление утилизации глюкозы периферическими тканями
 - г) снижение активности гиалуронидазы
 - д) все перечисленное

063. К длительно действующим глюкокортикостероидам относятся все перечисленные, кроме
- а) преднизолон
 - б) дексаметазон
 - в) триамминолон
 - г) бетаметазон
064. Для уменьшения побочных действий глюкокортикостероидов целесообразно все перечисленное, кроме
- а) назначения минимальных доз, обеспечивающих терапевтический эффект
 - б) равномерного распределения суточной дозы на несколько приемов
 - в) одномоментного приема 48-часовой дозы глюкокортикостероидов утром через день
 - г) приема суточной дозы глюкокортикостероидов между 6 и 8 часами утра с первым завтраком
065. Укажите глюкокортикостероидный препарат, обладающий наибольшим катаболическим эффектом
- а) преднизолон
 - б) триамминолон
 - в) дексаметазон
 - г) метилпреднизолон (урбазон, метипред)
066. При оказании неотложной помощи больным с анафилактическим шоком не применяются
- а) симпатoadреномиметики
 - б) глюкокортикостероиды
 - в) антигистаминные средства
 - г) холиномиметики
067. Выберите антибиотик для лечения острой пневмонии, вызванной пневмококком
- а) тетрациклины
 - б) пенициллины
 - в) цефалоспорины
 - г) производные аминогликозидов
068. Гентамицин при его неэффективности в лечении двусторонней пневмонии, вызванной клебсиеллой, можно заменить
- а) кефзол
 - б) пенициллином
 - в) эритромицином
 - г) оксациллина натриевой солью
069. При лечении пневмонии, вызванной легионеллой, показано использование
- а) эритромицина
 - б) тетрациклина
 - в) левомицетина
 - г) оксациллина натриевой соли
070. При лечении пневмонии микоплазменной этиологии эффективны все перечисленные антибиотики, кроме
- а) эритромицина
 - б) тетрациклина
 - в) линкомицина
 - г) бензилпенициллина
071. Бронхолитик, вызывающий менее выраженную тахикардию
- а) эуспиран
 - б) новодрин
 - в) сальбутамол
072. Бронхолитик, обладающий наибольшей продолжительностью действия
- а) эуспиран
 - б) астмопент
 - в) беротек
073. К группе пенициллинов относят все перечисленные, кроме
- а) доксициклина

- б) карбенициллина динатриевой соли
 - в) диклоксациллина натриевой соли
 - г) оксациллина натриевой соли
 - д) ампициллина
074. К группе цефалоспоринов относятся все перечисленные препараты, кроме
- а) тобрамицина
 - б) цефалоридина
 - в) цефалотина натриевой соли
 - г) кефзола
 - д) цефалексина
075. К группе тетрациклинов принадлежат все перечисленные препараты, кроме
- а) морфоциклина
 - б) метациклина
 - в) доксициклина
 - г) таривида
076. К группе аминогликозидов относятся все перечисленные антибиотики, кроме
- а) мономицина
 - б) сизомицина сульфата
 - в) гентамицина
 - г) ристомицина сульфата
 - д) тобрамицина
077. Бактерицидное действие оказывают все перечисленные антибиотики, кроме
- а) аминогликозидов
 - б) макролидов
 - в) пенициллинов
 - г) цефалоспоринов
 - д) рифампицина
078. Приобретенная устойчивость микробов развивается медленно ко всем из перечисленных антибактериальных средств, кроме
- а) ампициллина
 - б) невидграмона
 - в) левомецетина
 - г) тетрациклина
 - д) гентамицина
 - е) фурагина
079. У больного 45 лет, страдающего пиелонефритом, из мочи высеяна кишечная палочка, устойчивая к ампициллину и гентамицину. Выберите препарат для дальнейшего лечения
- а) кефзол
 - б) карбенициллина динатриевая соль
 - в) эритромицин
 - г) оксациллина натриевая соль
080. У больного, страдающего бактериальным эндокардитом, имеются симптомы почечной недостаточности. Возбудитель эндокардита выявить не удалось. Выберите препарат для лечения
- а) сизомицина сульфат
 - б) ампициллин
 - в) гентамицин
081. В кровь плода и амниотическую жидкость в небольшом количестве проникают все перечисленные антибиотики, кроме
- а) левомецетина
 - б) тетрациклина
 - в) цефалоспорины
 - г) линкомицина
082. Аллергическую реакцию у больного с непереносимостью сульфадиметоксина может вызвать

- а) фуросемид
 - б) урегит
 - в) верошпирон
083. Показаниями к комбинированной терапии антибактериальными средствами является все перечисленное, кроме
- а) острой стафилококковой инфекции
 - б) смешанной инфекции или неустановленного возбудителя
 - в) отсутствия эффекта от применения одного антибиотика
 - г) тяжелого инфекционного процесса, вызванного синегнойной палочкой
084. Быстродействующие антацидные средства в острый период язвенной болезни назначают
- а) через каждые 1-2 часа в течение 3-4 дней подряд, до исчезновения или значительного уменьшения болевого синдрома
 - б) через 1 час после еды 4 раза в день
085. К негативным сторонам комбинированной антибиотикотерапии относят
- а) ослабление внимания врача к этиологии процесса
 - б) нередкое назначение неадекватных доз
 - в) распространение устойчивых штаммов возбудителей, особенно в тех стационарах, где часто и длительно используются те или иные комбинации препаратов
 - г) учащение побочных эффектов
 - д) все перечисленное
086. Ототоксичным действием обладает
- а) гигротон
 - б) урегит
 - в) фуросемид
087. При хроническом бронхите дозу теофиллина для достижения бронхолитического эффекта необходимо увеличить
- а) у курящего больного
 - б) у некурящего больного
088. У больного, страдающего хроническим активным гепатитом, развился острый пиелонефрит. Из мочи высеяна кишечная палочка. Выберите препарат для лечения
- а) доксициклин
 - б) ампициллин
 - в) канамицин
 - г) левомицетин
089. Для профилактики осложнений антибактериальной терапии необходимо
- а) уточнить анамнез, переносимость лекарств
 - б) иметь сигнальную карту со сведениями обо всех реакциях на лекарственные препараты
 - в) не проводить пробы с препаратами, на которые у больного раньше возникала аллергия
 - г) не допускать назначения нерациональных и несовместимых антибактериальных средств
 - д) все перечисленное
090. Бронхоспазм может усилить
- а) трава термопсиса
 - б) бромгексин
 - в) ацетилцистеин
091. Отхаркивающие средства могут вызывать все перечисленное, кроме
- а) усиления секреции бронхиальных желез
 - б) разжижения мокроты
 - в) усиления моторной функции бронхов
 - г) углубления дыхания
 - д) учащения дыхания
092. При назначении индометацина эффект гипотиазида
- а) увеличится
 - б) уменьшится
 - в) не изменится

093. К развитию энцефалопатии, особенно у лиц с заболеваниями почек, может привести
- а) окись магния
 - б) гидрокарбонат натрия
 - в) гидроокись алюминия
094. Выберите наиболее целесообразную тактику назначения антацидов
- а) чередование всасывающихся и невсасывающихся антацидов
 - б) использование одного всасывающегося антацида
095. При недостаточном эффекте фуросемида больному с циррозом печени следует добавить
- а) гипотиазид
 - б) урегит
 - в) диакарб
 - г) верошпирон
096. Синдром отмены при резком прекращении приема может вызвать
- а) кордарон
 - б) изоптин
 - в) обзидан
097. К средствам, усиливающим образование желчи, относят все перечисленные, кроме
- а) дехолина
 - б) аллохола
 - в) ксилита
 - г) холензима
098. Помимо желчегонного действия противовоспалительное действие оказывает
- а) циквалон
 - б) холензим
 - в) аллохол
 - г) лиобил
099. Из синтетических холеретических средств содержание холатов увеличивает
- а) никодин
 - б) циквалон
 - в) оксафенамид
100. Из синтетических холеретических средств объем желчи в большей степени увеличивает
- а) никодин
 - б) циквалон
 - в) оксафенамид
101. Из перечисленных желчегонных средств холекинетическим действием обладает
- а) никодин
 - б) циквалон
 - в) оксафенамид
102. При добавлении к снотворным малых доз кофеина пожилому пациенту со склерозом мозговых сосудов длительность его сна
- а) увеличится
 - б) уменьшится
 - в) не изменится
103. При назначении amitriptilina холинолитическое действие периферических М-холинолитиков
- а) усилится
 - б) уменьшится
 - в) не изменится
104. Средняя суточная доза препаратов хенодезоксихолевой кислоты
- а) 5 мг/кг
 - б) 15 мг/кг

- в) 20 мг/кг
105. Литогенность желчи уменьшается при назначении
- а) лиобила
 - б) циквалона
106. Отек слизистой оболочки бронхов и гиперсекрецию мокроты может вызвать
- а) адреналин
 - б) эфедрин
 - в) беротек
107. В желчь хорошо проникает
- а) тетрациклин
 - б) оксациллина натриевая соль
 - в) цефалоридин
108. При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией показаны
- а) полынь
 - б) петрушка
 - в) бессмертник
 - г) подорожник
 - д) все перечисленное
109. При язвенной болезни желудка нежелательно назначать
- а) холензим
 - б) олиметин
 - в) бессмертник
 - г) мяту перечную
 - д) все перечисленное
110. Выберите препарат, имеющий период полувыведения 45 часов и назначаемый 1 раз в сутки
- а) бруфен
 - б) пироксикам
 - в) индометацин
111. При сахарном диабете нежелательно назначать
- а) лиобил
 - б) дехолин
 - в) аллохол
 - г) хологон
112. Бронхолитическое действие атровента реализуется преимущественно на уровне
- а) крупных и средних бронхов
 - б) мелких бронхов
113. Атерогенную липидемию вызывают все перечисленные гипотензивные препараты, кроме
- а) обзидана
 - б) празозина
 - в) гипотиазида
114. Коринфар при гипертонической болезни целесообразно сочетать со всеми перечисленными препаратами, кроме
- а) клофелина
 - б) финоптина
 - в) анаприлина
 - г) апрессина
 - д) салуретиков
115. При бронхиальной обструкции, ведущим механизмом которой является отек слизистой оболочки бронхов, препаратом выбора является
- а) эфедрин
 - б) беротек
 - в) сальбутамол
 - г) атровент

116. При гипертонической болезни с признаками хронической почечной недостаточности не рекомендуется назначать
- 1) клофелин
 - 2) обзидан
 - 3) верошпирон
 - 4) коринфар
 - 5) изобарин
 - 6) фуросемид
- а) верно 2, 3, 5
б) верно 1, 4, 6
117. Применение препаратов термопсиса в качестве отхаркивающего средства противопоказано
- а) при хроническом гепатите
 - б) при язвенной болезни желудка
 - в) при хроническом энтероколите
 - г) при мочекаменной болезни
118. Водителям транспортных средств нецелесообразно назначать все перечисленное, кроме
- а) клофелина
 - б) коринфара
 - в) резерпина
 - г) допегита
119. При лечении гипертонической болезни у лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, предпочтительнее назначать
- а) β -адреноблокаторы
 - б) резерпин
 - в) клофелин
 - г) допегит
120. К гипотензивным средствам, не вызывающим ортостатические реакции, относят
- а) гемитон
 - б) β -адреноблокаторы
 - в) изобарин
 - г) апрессин
121. Короткой (2-4 час) длительностью действия обладает
- а) фенobarбитал
 - б) барбамил
 - в) ноксирон
122. Препаратом выбора при обнаружении пилорического геликобактера является
- а) де-нол
 - б) циметидин
 - в) перитол
 - г) гастротрофам
123. Диуретическое действие фуросемида под влиянием теофиллина
- а) усиливается
 - б) не изменяется
 - в) ослабевает
124. При лечении гипертонической болезни II и III стадии необходимо применение физиологически целесообразных комбинаций из нескольких гипотензивных препаратов. Рациональными являются все перечисленные, кроме
- а) резерпин + клофелин
 - б) коринфар + обзидан + салуретик
 - в) празозин + салуретик
 - г) резерпин + гипотиазид
125. Форма бронхиальной астмы, при которой наиболее эффективно применение интала
- а) инфекционно-аллергическая

- б) атопическая
 - в) смешанная
126. При совместном назначении с препаратами, снижающими активность желудочного сока, эффективность де-нола
- а) повысится
 - б) не изменится
 - в) понизится
127. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить
- а) полусинтетические пенициллины
 - б) тетрациклин
 - в) бисептол
 - г) карбенициллина динатриевую соль
128. Во II и III триместрах беременности для лечения пиелонефрита не следует назначать
- а) ампициллин
 - б) левомецетин
 - в) 5-НОК
 - г) невидграмон
129. При пневмонии, обусловленной пенициллиназоустойчивым стафилококком, препаратом выбора является
- а) левомецетин
 - б) невидграмон
 - в) ампициллин
 - г) оксациллина натриевая соль
130. При пиелонефрите, вызванном синегнойной палочкой, применяют
- а) ампициллин
 - б) мономицин
 - в) гентамицин
 - г) бисептол
131. Повышению концентрации теофиллина в крови способствует
- а) эритромицин
 - б) ампициллин
 - в) пенициллин
132. К факторам, требующим дополнительного назначения коринфара при лечении гипертонической болезни, относятся
- а) синдром Рейно
 - б) хроническая почечная недостаточность
 - в) стенокардия
 - г) все перечисленное
133. При стенокардии Принцметала противопоказан
- а) нитроглицерин
 - б) обзидан
 - в) изоптин
 - г) коринфар
134. Средством выбора при застойном циррозе печени, сопровождающемся отеками и асцитом, является
- а) лазикс
 - б) мочевины
 - в) маннит (маннитол)
 - г) этакриновая кислота
 - д) спиронолактон (верошпирон, альдактон)
135. К нитратам относится
- а) изонитрит
 - б) сульфат
 - в) нитронг
 - г) амилнитрит
 - д) нитроглицерин
136. У больного аллергическая реакция на йод.

- Ему абсолютно противопоказан
- а) обзидан
 - б) амиодарон (кордарон)
 - в) корданум
 - г) коринфар
 - д) финоптин
137. При лечении вариантной стенокардии и стенокардии напряжения с функциональным сосудистым компонентом препаратом выбора является
- а) кордарон
 - б) обзидан
 - в) корданум
 - г) коринфар
 - д) нитроглицерин
138. С учетом механизма действия клофелина назовите его антидот
- а) метоклопрамид (церукал, реглан, риметин, клопан)
 - б) унитиол
 - в) метиленовый синий
 - г) атропин
 - д) нифедипин (коринфар)
139. Мужчина 55 лет, занимающийся умственным трудом, страдает умеренной артериальной гипертензией и приступами стенокардии напряжения. Лечение следует начать
- а) с гипотиазида
 - б) с фуросемида и резерпина
 - в) с пропранолола
 - г) с клофелина
 - д) с допегита
140. Препаратом, сходным по механизму действия с нитроглицерином, является
- а) обзидан
 - б) коринфар
 - в) молсидомин (корватон, сиднофарм)
 - г) верапамил (изоптин, финоптин)
 - д) курантил
141. Препаратом выбора при аритмиях у больных с синдромом Вольфа - Паркинсона - Уайта является
- а) изоптин
 - б) кордарон
 - в) ланикор
 - г) новокаиномид
 - д) обзидан
142. У больных с синдромом удлиненного интервала средством выбора является
- а) изоптин
 - б) кордарон
 - в) лидокаин
 - г) обзидан
 - д) новокаиномид
143. Препаратом, увеличивающим у больных с острым инфарктом миокарда порог фибрилляции в 2-3 раза больше лидокаина, является
- а) изоптин
 - б) новокаиномид
 - в) хинидин
 - г) кордарон
144. Препаратом, уменьшающим у больных с синдромом Вольфа - Паркинсона - Уайта рефрактерность дополнительного пучка, что приводит к повышению возбудимости желудочков вплоть до развития фибрилляции, является
- а) новокаиномид
 - б) кордарон
 - в) обзидан

- г) изоптин
 - д) лидокаин
145. Эффективная антиаритмическая концентрация финоптина после введения его внутривенно струйно в дозе 10 мг длится
- а) 10 мин
 - б) 15 мин
 - в) 30 мин
 - г) 20 мин
 - д) 60 мин
146. После внутривенного струйного введения 10 мг изоптина повторить процедуру в случае некупирующегося пароксизма суправентрикулярной тахикардии можно через
- а) 5 мин
 - б) 10 мин
 - в) 15 мин
 - г) 20 мин
 - д) 30 мин
147. Основной лечебный эффект нитроглицерина у больных с приступами стенокардии связан
- а) с расширением коронарных артерий
 - б) с расширением периферических артерий
 - в) с расширением периферических вен
 - г) с увеличением коронарного кровотока вследствие учащения сокращений сердца
 - д) с замедлением частоты сокращений и снижением потребности миокарда в кислороде
148. После приема таблетки нитроглицерина (0.5 мг) концентрация его в крови достигает максимума через
- а) 2 мин
 - б) 4-5 мин
 - в) 15 мин
 - г) 30 мин
 - д) 1 мин
149. Сопутствующей патологией у больных ишемической болезнью сердца, при которой применение β -адреноблокаторов абсолютно противопоказано, является
- а) синдром слабости синусового узла
 - б) перемежающаяся хромота
 - в) синдром Рейно
 - г) инсулинозависимый сахарный диабет
150. Сопутствующей патологией у больных с приступами стенокардии, при которой применение β -адреноблокаторов противопоказано или не рекомендуется, является
- а) декомпенсированная сердечная недостаточность
 - б) бронхиальная астма
 - в) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения
 - г) артериальная гипотензия (систолическое АД 100 мм рт. ст. и ниже)
 - д) все перечисленное

Раздел 5

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

001. Снять утомление, повысить жизненный тонус можно с помощью всех перечисленных методов, кроме
- а) углекислых ванн
 - б) циркулярного душа
 - в) контрастных ванн
 - г) электрофореза калия
 - д) душа Шарко
002. Седативный эффект оказывает все перечисленное, кроме

- а) йодобромных ванн
 - б) диадинамотерапии
 - в) электрофореза брома на воротниковую зону
 - г) радоновых ванн
 - д) хвойных ванн
003. При нейроциркуляторной дистонии гипертонического типа показано применение всех перечисленных процедур, кроме
- а) йодобромных ванн
 - б) электросна
 - в) магнитотерапии
 - г) подводного душа-массажа
 - д) азотных ванн
004. При нейроциркуляторной дистонии гипотонического типа показано применение всех перечисленных процедур, кроме
- а) хлоридных натриевых ванн
 - б) магнитотерапии воротниковой области
 - в) электрофореза калия
 - г) контрастных ванн
005. При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение
- а) УВЧ-терапии
 - б) микроволновой терапии
 - в) УФ-излучения
 - г) индуктотермии
 - д) электрофореза димедрола
006. При хроническом воспалении в неактивной фазе применяют все перечисленные методы, кроме
- а) амплипульстерапии
 - б) диадинамической терапии
 - в) парафино- и озокеритолечения
 - г) ультразвуковой терапии
 - д) электрического поля УВЧ
007. При гипертонической болезни I стадии с целью седативного эффекта применяют
- а) амплипульстерапию
 - б) углекислые ванны
 - в) йодобромные ванны
 - г) магнитотерапию
 - д) диадинамотерапию
008. При гипертонической болезни II стадии с целью сосудорасширяющего эффекта применяют
- а) амплипульстерапию
 - б) контрастные ванны
 - в) электрофорез магния
 - г) УФ-излучение
 - д) ультразвуковую терапию
009. При артериальной гипотензии назначают
- а) индуктотермию
 - б) ультразвуковую терапию
 - в) углекислые ванны
 - г) сульфидные ванны
 - д) микроволновую терапию
010. При хронической венозной недостаточности, варикозном расширении вен нижних конечностей показаны
- а) хлоридно-натриевые ванны
 - б) магнитотерапия
 - в) дарсонвализация
 - г) скипидарные ванны
 - д) электрическое поле УВЧ
011. При перемежающейся хромоте вследствие атеросклеротического сужения артерий нижних конечностей показаны

- а) магнитотерапия
 - б) душ Шарко
 - в) ультразвуковая терапия
 - г) франклинизация
 - д) УФ-излучение
012. При эндартериите применяют
- а) диадинамическую терапию
 - б) аэроионизацию
 - в) углекислые ванны
 - г) циркулярный душ
 - д) ультразвуковую терапию
013. В неактивной фазе системной склеродермии показаны
- а) диадинамотерапия
 - б) УВЧ-терапия
 - в) скипидарные ванны
 - г) душ Шарко
 - д) франклинизация
014. При ревмокардите в неактивной фазе можно применить
- а) кислородные ванны
 - б) циркулярный душ
 - в) электрофорез кальция
 - г) УВЧ-терапию
 - д) дарсонвализацию
015. При суставной форме ревматизма в активной фазе применяют
- а) УФ-излучение
 - б) амплипульстерапию
 - в) грязелечение
 - г) аэроионизацию
 - д) сульфидные ванны
016. При острой пневмонии на 3-5-й день болезни можно назначить
- а) индуктотермию
 - б) УВЧ-терапию
 - в) франклинизацию
 - г) радоновые ванны
 - д) диадинамическую терапию
017. При хроническом бронхите в стадии ремиссии назначают
- а) сульфидные ванны
 - б) индуктотермию
 - в) УФ-излучение
 - г) циркулярный душ
 - д) электросон
018. При остром трахеобронхите (на 3-й день) назначают
- а) сульфидные ванны
 - б) ультразвуковую терапию
 - в) УФ-излучение
 - г) циркулярный душ
 - д) электросон
019. При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают
- а) сульфидные ванны
 - б) подводный душ-массаж
 - в) электрофорез кальция
 - г) УВЧ-терапию
020. При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма) средней тяжести в период ремиссии назначают
- а) сульфидные ванны
 - б) амплипульстерапию
 - в) ультразвуковую терапию
 - г) циркулярный душ
 - д) углекислые ванны
021. При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма)

- средней тяжести в период обострения назначают
- а) УВЧ-терапию
 - б) дидинамотерапию
 - в) дарсонвализацию
 - г) радоновые ванны
 - д) индуктотермию
022. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с неосложненным течением в период обострения назначают
- а) УФ-излучение
 - б) дарсонвализацию
 - в) электросон
 - г) циркулярный душ
 - д) флюктуоризацию
023. При хроническом гастрите с повышенной секрецией назначают
- а) дарсонвализацию
 - б) УФ-излучение
 - в) флюктуоризацию
 - г) ультразвуковую терапию
024. При хроническом некалькулезном холецистите назначают
- а) УВЧ-терапию
 - б) электрофорез магния
 - в) циркулярный душ
 - г) грязелечение
 - д) франклинизацию
025. При хроническом колите, дискинезии кишечника с преобладанием спазмов назначают
- а) душ Шарко
 - б) углекислые ванны
 - в) электрофорез папаверина
 - г) электрофорез кальция
 - д) циркулярный душ
026. При хроническом колите, дискинезии кишечника с преобладанием атонии назначают
- а) дидинамотерапию
 - б) электрофорез атропина
 - в) микроволновую терапию
 - г) УВЧ-терапию
 - д) флюктуоризацию
027. При остром гломерулонефрите (на 6-й день болезни при АД 160/100 мм рт. ст., гематурии - 20-30 эритроцитов в поле зрения) при условии, что лечение проводится в стационаре, можно назначить
- а) грязелечение
 - б) электрофорез гепарина
 - в) кислородные ванны
 - г) дарсонвализацию
 - д) циркулярный душ
028. При хроническом пиелите в стадии обострения на 20-й день болезни следует назначить
- а) субаквальные ванны
 - б) УВЧ-терапию
 - в) амплипульстерапию
 - г) грязелечение
 - д) подводный душ-массаж
029. При хроническом гломерулонефрите с гипертензионным синдромом (АД - 165/105 мм рт. ст.) назначают
- а) индуктотермию
 - б) сульфидные ванны
 - в) дарсонвализацию
 - г) франклинизацию
 - д) хвойные ванны
030. При мочекаменной болезни и вторичном пиелонефрите в период ремиссии назначают

- а) субаквальные ванны
 - б) грязелечение
 - в) дарсонвализацию
 - г) питье минеральной воды
 - д) индуктотермию
031. При ревматоидном артрите с выраженной активностью процесса показаны
- а) радоновые ванны
 - б) УВЧ-терапия
 - в) ультразвуковая терапия
 - г) амплипульстерапия
 - д) дарсонвализация
032. При ревматоидном артрите (активность II степени) назначают
- а) хлоридные натриевые ванны
 - б) дарсонвализацию
 - в) диадинамическую терапию
 - г) амплипульстерапию
 - д) душ Шарко
033. При ожирении наиболее эффективно
- а) дарсонвализация
 - б) подводный душ-массаж
 - в) франклинизация
 - г) диадинамическая терапия
 - д) электросон
034. При сахарном диабете легкой формы назначают
- а) амплипульстерапию
 - б) ультразвуковую терапию
 - в) диадинамотерапию
 - г) хлоридные натриевые ванны
 - д) УФ-излучение
035. Лечебная физкультура показана
- а) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 недели после кровотечения
 - б) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 месяца после кровотечения
 - в) при крупноочаговом инфаркте миокарда через 3 недели от начала заболевания
 - г) при острой крупозной пневмонии через 7 дней от начала заболевания
036. При мелкоочаговом инфаркте миокарда лечебная гимнастика назначается
- а) с 1-х суток
 - б) на 5-е сутки
 - в) на 10-е сутки
 - г) на 15-е сутки
 - д) на 20-е сутки
037. При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы в период обострения (1-2 приступа в сутки) назначаются
- а) массаж точечный
 - б) массаж грудной клетки (классический)
 - в) дренажные упражнения
 - г) тренировки на велоэргометре, углубляющие вдох
038. При деформирующем остеоартрозе коленных суставов можно использовать физические упражнения в исходных положениях
- а) лежа
 - б) сидя на стуле
 - в) в вертикальном положении в бассейне
 - г) стоя на коврике
 - д) коленно-кистевом положении
039. При нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу показаны все перечисленные процедуры, кроме
- а) лечебной гимнастики
 - б) плавания в бассейне

- в) массажа воротниковой зоны
- г) упражнений в релаксации
- д) силовых тренировок на снарядах

Раздел 6

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

001. К чужеродным веществам в пище относятся все перечисленные, кроме
- а) полициклических углеводов
 - б) минеральных солей
 - в) антибиотиков
 - г) тяжелых металлов
 - д) пищевых добавок
002. Трудовоспособное население страны по нормам питания делится
- а) на 3 группы
 - б) на 4 группы
 - в) на 5 групп
 - г) на 6 групп
003. По нормам питания в профессиональных группах принято выделять возрастные интервалы
- 1) 18-40 лет
 - 2) 40-60 лет
 - 3) 18-29 лет
 - 4) 30-39 лет
 - 5) 40-59 лет
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
004. По нормам питания население пенсионного возраста принято делить на группы
- 1) 60-70 лет
 - 2) 60-74 года
 - 3) 70 лет и старше
 - 4) 75 лет и старше
 - 5) 75-80 лет
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 2, 4
005. За счет белка в рационе для профессиональных групп обеспечивается количество энергии
- 1) 11% для IV-V групп
 - 2) 12% для II-III групп
 - 3) 13% для I группы
 - 4) 14% для всех профессиональных групп
 - 5) 15% для I группы
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
006. Установите соответствие содержания белка в продуктах
- 1) мясо
 - 2) рыба
 - 3) яйца
 - 4) молоко
 - а) 3.5%
 - б) 16-20%
 - в) 16-18%
 - г) 12.7%

007. Для обеспечения биологической полноценности пищи соотношение растительных и животных жиров должно быть
- 30% и 70%
 - 20% и 80%
 - 10% и 90%
 - 40% и 60%
 - 50% и 50%
008. Больше полиненасыщенных жирных кислот содержится в масле
- 1) подсолнечном
 - 2) кукурузном
 - 3) хлопковом
 - 4) соевом
 - 5) оливковом
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 4
 - д) верно 2, 4, 5
009. Все перечисленное верно, кроме
- а) животные жиры не содержат (или содержат мало) полиненасыщенных жирных кислот
 - б) растительные жиры не содержат жирорастворимых витаминов
 - в) и те, и другие обладают атерогенными свойствами
010. В суточном рационе рафинированные углеводы должны составлять
- а) 20-25%
 - б) 15-20%
 - в) 10-15%
 - г) 5-10%
011. Важнейшими пищевыми источниками моно- и дисахаридов, помимо сахара и меда, являются все перечисленные, кроме
- а) яблок, груш, арбузов
 - б) картофеля
 - в) молока
 - г) варенья и компота
012. К важнейшим пищевым источникам перевариваемых полисахаридов относятся все перечисленные, кроме
- а) гречневой, манной и пшенной крупы
 - б) картофеля
 - в) ржаного и пшеничного хлеба
 - г) овсяной, рисовой крупы
 - д) варенья
013. Неперевариваемые углеводы (пектин, целлюлоза) способствуют всему перечисленному, кроме
- а) усиления моторики кишечника
 - б) роста вредной микрофлоры
 - в) адсорбирования ядов
 - г) выведения из организма холестерина
014. В соответствии с новейшими данными калорийные коэффициенты белков, жиров и углеводов составляют
- а) Б - 4, Ж - 9, У - 4
 - б) Б - 3, Ж - 8, У - 6
 - в) Б - 5, Ж - 4, У - 7
015. Важнейшими витаминами витамина А являются все перечисленные, кроме
- а) эргокальциферола
 - б) ретиноевой кислоты
 - в) ретинола
 - г) ретинола-ацетата
016. Основными симптомами А-витаминной недостаточности являются все перечисленные, кроме
- а) задержки роста
 - б) нарушения процессов окостенения
 - в) ксерофтальмии, кератомалации

- г) куриной слепоты
017. Основными пищевыми источниками витамина А и каротина являются все перечисленные продукты, кроме
- а) печени
 - б) рыбьего жира
 - в) картофеля
 - г) перца красного, шавеля, помидоров
 - д) моркови
 - е) сливочного масла
018. Основными симптомами D-авитаминоза являются все перечисленные, кроме
- а) дерматита
 - б) остеопороза
 - в) потливости
 - г) нарушения процессов окостенения
 - д) повышенной раздражительности
019. Важнейшими источниками витамина D являются все перечисленные продукты, кроме
- а) сливочного масла
 - б) рыбьего жира
 - в) печени
 - г) яичного желтка
020. Основными симптомами E-авитаминоза являются все перечисленные, кроме
- а) атрофии яичек
 - б) спонтанных аборт
 - в) мышечной дистрофии
 - г) полиневритов
021. Наибольшее количество витамина E содержит
- а) сливочное масло
 - б) печень трески
 - в) молоко
 - г) оливковое масло
 - д) масло пшеничных и кукурузных зародышей
022. К основным симптомам B₁-авитаминоза относятся все перечисленные, кроме
- а) полиневритов
 - б) нарушения секреторной и моторной деятельности желудка
 - в) отеков
 - г) нарушения зрения
023. Важнейшими источниками витамина B₁ являются все перечисленные продукты, кроме
- а) телятины
 - б) хлеба грубого помола, гречневой крупы
 - в) гороха, фасоли
 - г) печени
 - д) дрожжей
 - е) чеснока
024. Основными симптомами C-авитаминоза являются все перечисленные, кроме
- а) быстрой утомляемости
 - б) спонтанных аборт
 - в) повышенной кровоточивости
 - г) петехиальных кровоизлияний
025. Важнейшими источниками витамина C являются все перечисленные продукты, кроме
- а) картофеля
 - б) укропа, капусты, петрушки
 - в) лимона, черной смородины
 - г) шиповника
 - д) сливочного масла
 - е) апельсинов

026. К источникам минеральных веществ щелочной реакции относятся все перечисленные продукты, кроме
- а) молока и молочных продуктов
 - б) твердых сыров
 - в) бобовых
 - г) овощей и плодов
027. К источникам минеральных веществ преимущественно кислой реакции относятся все перечисленные продукты, кроме
- а) твердых сыров
 - б) хлеба
 - в) мяса, рыбы
 - г) яиц
 - д) овощей и плодов
028. Веществами преимущественно кислой реакции являются все перечисленные, кроме
- а) серы
 - б) хлора
 - в) фосфора
 - г) магния
029. Веществами преимущественно щелочной реакции являются все перечисленные, кроме
- а) кальция
 - б) магния
 - в) натрия
 - г) хлора
030. Ощелачивающая противовоспалительная диета (Д) применяется при травмах
- а) в первую фазу раневого процесса
 - б) во вторую фазу раневого процесса
 - в) независимо от фазы раневого процесса
031. Больным с острым гепатитом назначают стол
- а) 4в
 - б) 5а
 - в) 1а-1в
032. Больным с почечной недостаточностью назначают стол
- а) 13
 - б) 7а
 - в) 5а

Раздел 7 **ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты
- а) все ликвидаторы аварии
 - б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
 - в) ликвидаторы 1987-1990 гг.
 - г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г
002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались
- а) у дошкольников
 - б) у школьников
 - в) у подростков
 - г) у взрослого населения
 - д) у ликвидаторов
003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место
- а) в центральной нервной системе
 - б) в сердечно-сосудистой системе

- в) в системе органов кроветворения
 - г) в пищеварительной системе
 - д) в иммунной системе
004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является
- а) тошнота и рвота
 - б) лейкопения
 - в) эритема кожи
 - г) выпадение волос
 - д) жидкий стул
005. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет
- а) 0.5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 2 Гр
 - г) 3 Гр
 - д) 4 Гр
006. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания
- а) эритроцитов
 - б) лейкоцитов
 - в) нейтрофилов
 - г) лимфоцитов
 - д) тромбоцитов
007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет
- а) 1.5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 0.5 Гр
 - г) 0.1 Гр
 - д) любая
008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет
- а) 0.25 Гр
 - б) 0.5 Гр
 - в) 1 Гр
 - г) 1.5 Гр
 - д) 2 Гр
009. Единица активности
- а) Рентген
 - б) Грей
 - в) Беккерель
 - г) Рад
 - д) Зиверт
010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано
- а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км²
 - б) лицам, содержащим в организме активность большую, чем допустимая по Нормам радиационной безопасности
 - в) детям, проживающим на загрязненных территориях
 - г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях
011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов
- а) детей
 - б) подростков
 - в) взрослых
 - г) пенсионеров
 - д) беременных женщин
012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается
- а) йод

- б) цезий
 - в) стронций
 - г) плутоний
 - д) радий
013. "Малыми" принято называть дозы
- а) не вызывающие лучевую болезнь
 - б) не вызывающие хромосомные повреждения
 - в) не вызывающие генные поломки
 - г) не вызывающие специфические изменения в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц
 - д) меньшие, чем допустимые дозы облучения
014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются
- а) нарушение половой потенции
 - б) гипоспермия
 - в) водянка яичка
 - г) наследственные болезни у детей
 - д) снижение в крови тестостерона
015. Единица поглощенной дозы
- а) Грей
 - б) Зиверт
 - в) Рентген
 - г) Кюри
 - д) Бэр
016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток после облучения обусловлена
- а) локальным внешним облучением конечности
 - б) поступлением радионуклидов внутрь
 - в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр
 - г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр
 - д) заболеванием, не связанным с облучением
017. Чтобы избежать облучения зародыша на начальных сроках беременности, следует
- а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
 - б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
 - в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
 - г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу
018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае
- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр
 - б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр
 - в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр
 - г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности
019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет
- а) несколько десятков
 - б) несколько сотен
 - в) несколько тысяч
 - г) несколько миллионов
020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего γ -облучения для медицинского персонала
- а) от тела больного исходит γ -излучение
 - б) больной выделяет с мочой радионуклиды
 - в) не представляет опасности
021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему от радиации,

- находящемуся в тяжелом состоянии
- а) дезактивация кожи
 - б) назначение радиопротектора
 - в) реанимационные мероприятия
 - г) гемосорбция
 - д) купирование рвоты
022. Степень тяжести лучевого поражения определяется
- а) содержанием радионуклидов на месте облучения
 - б) количеством "горячих" частиц в легких
 - в) количеством радионуклидов в организме
 - г) степенью угнетения кроветворения
023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови
- а) менее 3000 в мкл
 - б) менее 1000 в мкл
 - в) менее нормы
 - г) менее 500 в мкл
 - д) менее 100 в мкл
024. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови
- а) менее 150 тыс в мкл
 - б) менее 100 тыс в мкл
 - в) менее 50 тыс в мкл
 - г) менее 40 тыс в мкл
 - д) менее 10 тыс в мкл
025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет
- а) до 10 случаев в год
 - б) 0 случаев в год
 - в) менее 100 случаев в год
 - г) менее 1000 случаев в год
 - д) 20-30 случаев в год
026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую радиационную дозу
- а) на костный мозг
 - б) на печень
 - в) на легкие
 - г) на желудок
 - д) на щитовидную железу
027. Предпочтительными донорами костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются
- а) родители больного
 - б) родные братья или сестры
 - в) дети больного
 - г) другие члены семьи
028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
 - б) онкологические заболевания
 - в) травмы и отравления
029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
 - б) онкологические заболевания
 - в) травмы и отравления
030. Злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС
- а) рак желудка
 - б) рак легкого
 - в) лейкозы
 - г) рак щитовидной железы

- д) рак молочной железы
031. Причиной наибольшего риска (вероятности) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, служат
- а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты
 - б) употребление алкоголя
 - в) курение
 - г) употребление продуктов местного производства
 - д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля
032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано
- а) при дозах облучения менее 3 Гр
 - б) больным, у которых не было первичной реакции
 - в) больным с легкой степенью болезни
 - г) больным, получившим летальные дозы облучения
033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, -
- а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии
 - б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями
 - в) не направлять в санаторий в летний период
 - г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни
034. Особенности клинического лечения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах
- а) никаких
 - б) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
 - в) переход острых форм в хронические
 - г) устойчивость к обычной терапии

Раздел 8

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

001. Под заболеваемость с временной утратой трудоспособности понимают
- а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
 - б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих
 - в) все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности
 - г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности
002. Листок нетрудоспособности не выдается
- а) при отпуске для санаторно-курортного лечения
 - б) при уходе за больным членом семьи
 - в) при карантине
 - г) лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы
 - д) при бытовой травме
003. Справка произвольной формы выдается
- а) при бытовой травме
 - б) при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем
 - в) военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью
 - г) трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование
004. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является
- а) листок временной нетрудоспособности
 - б) случай временной нетрудоспособности
 - в) первичное заболевание
 - г) впервые выявленное в данном году заболевание

005. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является
- а) листок временной нетрудоспособности
 - б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней
 - в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц
 - г) характер патологического процесса
006. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он
- а) характеризует здоровье работающих
 - б) указывает на характер заболевания
 - в) определяет степень потери трудоспособности
 - г) служит для статистической отчетности по форме N 16
007. Больному К. выдан больничный лист с диагнозом "Острая респираторная вирусная инфекция" с 18.10 по 20.10 с указанием явиться на прием к врачу 20.10. Больной пришел на прием лишь 25.10, так как без разрешения врача выезжал за город. При осмотре диагностирована пневмония. Больничный лист должен быть оформлен следующим образом
- а) продлен с 21.10 с указанием "нарушение режима"
 - б) продлен с 25.10
 - в) выдан новый больничный лист с 25.10
 - г) продлен с 25.10 с указанием "нарушение режима"
008. При выдаче больничного листа иногородним больным виза администратора лечебного учреждения ставится
- а) в 1-й день, при выдаче больничного листа
 - б) на 3-й день, при продолжении больничного листа
 - в) на 6-й день, при выписке больного на работу
 - г) виза не ставится
009. Работавшему инвалиду III группы в связи с присоединившимся заболеванием или обострением того, которое явилось причиной инвалидности, больничный лист может быть выдан
- а) на 1 месяц
 - б) на 2 месяца
 - в) на 3 месяца
 - г) на 4 месяца
 - д) на срок, определяемый в зависимости от прогноза
010. Из перечисленных случаев не может рассматриваться как нарушение режима при оформлении больничного листка
- а) выезд в другую местность
 - б) отказ от госпитализации
 - в) отказ от направления на ВТЭК
 - г) неявка в назначенный день на ВТЭК
 - д) явка на прием врача в состоянии опьянения
011. Больной Ю. 38 лет, формовщик, от направления на ВТЭК категорически отказался. В больничном листе указана дата направления на ВТЭК - 25.01 и сделана отметка о нарушении режима с 25.01 "Отказ от направления на ВТЭК". Документы больного были пересланы в экспертную комиссию и зарегистрированы 28.01. Больной на освидетельствование во ВТЭК явился лишь 15.02, где признан инвалидом III группы. Укажите, каким числом лечебное учреждение должно закрыть больничный лист в данном случае
- а) признан инвалидом III группы 25.01
 - б) признан инвалидом III группы 28.01
 - в) признан инвалидом III группы 15.02
 - г) приступить к работе 16.02
012. Не имеет права выдачи больничного листа врач

- а) военного госпиталя
 - б) приемного отделения больницы
 - в) скорой помощи
 - г) травматологического пункта (поликлиники)
013. Не имеют права выдачи больничных листов врачи
- а) государственной системы здравоохранения
 - б) учреждений санитарно-эпидемиологического надзора
 - в) муниципальной системы здравоохранения
 - г) частно практикующие врачи
014. "Общее заболевание" является причиной временной нетрудоспособности, если оно
- а) возникло в период трудовой деятельности
 - б) возникло в связи с травмой, полученной во время учебных сборов
 - в) возникло в связи с травмой, полученной при выполнении заданий общественных организаций
 - г) обусловлено травмой, полученной при выполнении долга гражданина РФ по охране правопорядка
015. Заболевание, приведшее к временной нетрудоспособности, должно квалифицироваться как "профессиональное заболевание", если оно
- а) возникло в научной экспедиции в связи с укусом клеща (клещевой энцефалит)
 - б) обусловлено отравлением токсическими веществами при выполнении студентом лабораторных занятий
 - в) возникло в командировке в гостинице в ночное время в результате отравления угарным газом
 - г) обусловлено отравлением метиловым спиртом, выпитым в обеденный перерыв на работе
016. Для удостоверения временной нетрудоспособности студента или учащегося ПТУ при заболеваниях, полученных ими в период производственной практики, выдается
- а) справка произвольной формы
 - б) больничный лист
 - в) справка N 095/у
 - г) ни один из перечисленных документов
017. Если больной выписывается из стационара еще нетрудоспособным, врач стационара имеет право продлить больничный лист
- а) на 1 месяц с последующим направлением на ВКК
 - б) на 3 дня
 - в) не более, чем на 10 дней
 - г) не более, чем на 6 дней
018. Трудовое устройство больных по "доплатному" больничному листу осуществляется
- а) при производственной травме
 - б) при общем заболевании
 - в) при бактерионосительстве
 - г) при профессиональном заболевании
019. Больничный лист одному из работающих членов семьи по уходу за больным (взрослым) может быть выдан
- а) при отказе от госпитализации самого больного или родственников
 - б) если заболевание или травма обусловлены непосредственным воздействием алкоголя
 - в) по уходу за инвалидом I группы
 - г) по уходу за хроническим больным в период тяжелого обострения заболевания
020. Больничный лист по уходу за больным членом семьи (взрослым), находящимся на лечении в стационаре
- а) выдается на 3 дня
 - б) выдается на 6 дней
 - в) выдается на 10 дней
 - г) не выдается вообще

021. "Доплатный" больничный лист при временном переводе на облегченную работу человека в связи с профессиональным заболеванием и больного туберкулезом оформляется следующим образом
- а) каждые 10 дней выдается новый больничный лист
 - б) больничный лист продлевается каждые 10 дней
 - в) больничный лист выдается сразу на 2 месяца
022. К ограничениям в работе, влекущим за собой установление группы инвалидности, относятся
- а) освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен
 - б) освобождение от поднятия больших тяжестей
 - в) освобождение от командировок
 - г) выполнение работы с неполным рабочим днем
023. Максимально допустимый срок, в который первичная ВТЭК передает заявление инвалида, не согласного с ее решением, в вышестоящую ВТЭК
- а) до 3 дней
 - б) до 10 дней
 - в) до 20 дней
 - г) до 30 дней
024. Максимально допустимый срок, в который вышестоящая ВТЭК должна пересмотреть решение первичной ВТЭК по жалобе больного
- а) в течение 1 месяца
 - б) в течение 2 месяцев
 - в) в течение 3 месяцев
 - г) в течение 6 месяцев
025. Больной М. 43 лет, грузчик, образование 7 классов. Выписывается из стационара, где находился 3.5 месяца в связи с операцией на легком, послеоперационное течение гладкое. Диагноз: Отсутствие нижней доли левого легкого, удаленного по поводу бронхоэктазов. Дыхательная недостаточность I степени. При направлении на ВТЭК выносится следующее решение
- а) временно нетрудоспособен
 - б) инвалид III группы
 - в) инвалид II группы
 - г) инвалид I группы
026. При инкурабельных злокачественных новообразованиях, впервые диагностируемых, I группа инвалидности устанавливается
- а) на 6 месяцев
 - б) на 1 год
 - в) на 2 года
 - г) бессрочно
027. Больному, перенесшему пульмонэктомию, II группу инвалидности устанавливают
- а) на 1 год
 - б) на 2 года
 - в) на 6 месяцев
 - г) без указания срока переосвидетельствования
028. Лицам, выезжающим в Москву по вызову НИИ, где они наблюдаются как тематические больные, в связи с их отсутствием на работе
- а) выдается больничный лист КЭК лечебно-профилактического учреждения по месту жительства
 - б) выдается больничный лист клиники НИИ г.Москвы
 - в) выдается справка произвольной формы ЛПУ по месту жительства
 - г) не выдается никакой документ
029. Из перечисленного контингента имеют право на получение больничного листа при временной нетрудоспособности, обусловленной заболеванием или травмой

- а) лица, условно освобожденные из мест лишения свободы
 - б) лица, находящиеся под арестом
 - в) лица, находившиеся на судебно-медицинской экспертизе
 - г) лица, направленные на принудительное лечение по определению народного суда
030. Иностранным гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности
- а) выдается справка произвольной формы
 - б) выдается больничный лист
 - в) не выдается никакой документ
031. Укажите вид обследования, проведенного в амбулаторных условиях, при котором может быть выдан больничный лист трудоспособному рабочему или служащему на период этого обследования
- а) колоноскопия
 - б) дуоденальное зондирование
 - в) рентгеноскопия грудной клетки
 - г) подбор контактных линз
032. Максимальный срок, на который может выдать больничный лист сельский врач, работающий на участке один
- а) 5 дней
 - б) 7 дней
 - в) 10 дней
 - г) 1 месяц (с последующим направлением больного на КЭК ЦРБ)
033. Временная нетрудоспособность, превышающая 1 месяц, возникла в течение первого месяца после увольнения с работы. Больничный лист в этом случае не может быть выдан
- а) если человек уволился по собственному желанию
 - б) если увольнение произошло по сокращению штатов
 - в) если увольнение связано с поступлением на учебу в институт
 - г) многодетной матери по уходу за детьми
034. Для удостоверения временной нетрудоспособности иностранным гражданам в период их пребывания в нашей стране (в командировке, санатории и др.) выдается
- а) больничный лист
 - б) справка ф.095/у
 - в) справка произвольной формы
 - г) один из документов
035. Бывшему военнослужащему при заболевании его в течение первого месяца после увольнения из рядов Российской армии по окончании срока срочной службы для удостоверения временной нетрудоспособности
- а) выдается справка лечебного учреждения произвольной формы
 - б) выдается справка ф.095/у
 - в) выдается больничный лист
 - г) ничего не выдается
036. При выписке больничного листа матери по уходу за больным ребенком в месте ее временного проживания с ним (иностранной) виза администрации
- а) ставится в 1-й день, при выдаче больничного листа
 - б) ставится на 3-й день, при продолжении больничного листа
 - в) ставится на 6-й день, при выписке больного на работу
 - г) не ставится вообще
037. Укажите документ, освобождающий от работы на время пребывания в стационаре трудоспособного рабочего, служащего или колхозника, направленного туда в связи с периодическими медицинскими осмотрами, с целью уточнения зависимости заболевания от профессиональных вредностей
- а) больничный лист, выданный поликлиникой
 - б) справка произвольной формы, выданная поликлиникой
 - в) больничный лист, выданный стационаром
 - г) справка произвольной формы, выданная стационаром

038. В случае болезни матери уход за здоровым ребенком в возрасте до 3 лет осуществляет другой взрослый член семьи, которому
- а) выдается больничный лист
 - б) выдается справка произвольной формы
 - в) никакой документ не выдается
039. Инвалид III группы, инвалидность установлена в связи с бронхиальной астмой средней тяжести. Причина инвалидности - профессиональное заболевание. Работает в облегченных условиях в соответствии с рекомендацией ВТЭК; временная утрата трудоспособности у него обусловлена обострением профессиональной бронхиальной астмы. Укажите вид нетрудоспособности, который должен быть указан в больничном листе у данного больного
- а) общее заболевание
 - б) профессиональное заболевание
 - в) производственная травма
 - г) бытовая травма
040. При общем заболевании и необходимости в санаторно-курортном лечении больничный лист выдается работающему инвалиду в случае, если
- а) путевка получена больным бесплатно, по линии Министерства социальной защиты РФ
 - б) путевка получена из средств социального страхования
 - в) путевка получена бесплатно из фонда предприятия
 - г) путевка получена бесплатно из фонда государственного бюджета
041. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает
- а) лечащий врач
 - б) заведующий отделением
 - в) заместитель главного врача по КЭР
 - г) клинико-экспертная комиссия
 - д) главный врач
042. Больной М. 18 лет, слесарь по ремонту телевизоров, направлен врачебной комиссией из военкомата (как призывник) на стационарное обследование, где диагностирован: "Ревматизм, активная фаза, недостаточность двустворчатого клапана". На период обследования призывник получает
- а) справку произвольной формы, выданную поликлиникой
 - б) больничный лист, выданный стационаром
 - в) больничный лист, выданной поликлиникой
 - г) справку произвольной формы, выданную стационаром
043. Больной З. 54 лет, маляр, как длительно болеющий впервые направлен на ВТЭК 15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03. Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом III группы. Укажите каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает больничный лист
- а) приступить к работе с 15.03
 - б) признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03
 - в) признан инвалидом III группы во ВТЭК 25.03
 - г) приступить к работе с 25.03
044. Запись КЭК о том, что больной с профессиональным заболеванием или туберкулезом переводится на облегченную работу на срок 10 дней, производится на лицевой части больничного листа
- а) в графе "освобождение от работы"
 - б) в графе "режим"
 - в) в графе "временно переведен на другую работу"
 - г) в двух графах "режим" и "освобождение от работы" одновременно
045. Больничный лист выдается больному при направлении его непосредственно из стационара в санаторий профсоюзов на весь срок лечения, т.е. без вычета продолжительности очередного и дополнительного отпусков
- а) при туберкулезе
 - б) при вибрационной болезни
 - в) при остром инфаркте миокарда

- г) при гонимости вследствие производственной травмы
046. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска
- а) выдается больничный лист
 - б) выдается справка произвольной формы
 - в) никакой документ не выдается
047. При выдаче листа нетрудоспособности (справки) врачи руководствуются
- а) положением об экспертизе временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях
 - б) основами Законодательства об охране здоровья граждан
 - в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан
 - г) другими документами
048. Не имеют права на получение листа нетрудоспособности
- а) временно работающие пенсионеры по возрасту
 - б) работающие инвалиды
 - в) граждане СНГ, работающие в РФ
 - г) уволенные с работы
 - д) безработные граждане, состоящие на учете в органах труда и занятости населения
049. При заболеваниях лечащий врач имеет право выдачи листа нетрудоспособности единолично и одновременно на срок
- а) до 3 дней
 - б) до 5 дней
 - в) до 7 дней
 - г) до 10 дней
 - д) до 30 дней
050. Максимальный срок, на который врач может единолично продлевать лист нетрудоспособности, составляет
- а) 7 дней
 - б) 10 дней
 - в) 30 дней
 - г) 45 дней
051. Врачи, занимающиеся частной практикой вне лечебного учреждения, имеют право выдачи листа нетрудоспособности на срок не более
- а) 5 дней
 - б) 7 дней
 - в) 10 дней
 - г) 30 дней
052. Укажите число существующих уровней экспертизы временной нетрудоспособности
- а) 2
 - б) 3
 - в) 5
 - г) 7
053. Второй уровень экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется
- а) осмотром лечащего врача
 - б) консультацией зав.отделением
 - в) осмотром зам.главного врача по клинко-экспертной работе
 - г) представлением на клинко-экспертную комиссию ЛПУ
054. К категории длительно и часто болеющих (ДЧБ) относятся пациенты, имеющие
- а) 4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
 - б) 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
 - в) 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
 - г) 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год

по разным заболеваниям

055. Функция, не относящаяся к компетенции КЭК ЛПУ
- а) продление больничного листа до 30 дней
 - б) продление больничного листа свыше 30 дней
 - в) выдача заключения о необходимости перевода на другую работу
 - г) освобождение выпускников школ от итоговой аттестации

Раздел 9

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001. Этика, мораль, нравственность
- а) формы общественного сознания
 - б) соответствуют государственным правовым, юридическим нормам
 - в) оба утверждения неверны
 - г) оба утверждения верны
002. Врачебная этика и медицинская деонтология
- а) самостоятельные категории, отличные от общей этики и деонтологии
 - б) специфические проявления общей этики и деонтологии
 - в) раздел общей этики и деонтологии
003. Врачебная этика и медицинская деонтология
- а) самостоятельные, не связанные между собой понятия
 - б) органически связанные между собой понятия
 - в) являются частью медицинской психологии
004. В содержание "врачебная этика" входят
- а) правила поведения врача в отношении человека и его здоровья
 - б) правила поведения врача в отношении больного
 - в) оба утверждения верны
 - г) оба утверждения неверны
005. Теоретическими основами врачебной этики и медицинской деонтологии являются
- а) учение о положении врача в обществе
 - б) концепции о болезни и здоровье
 - в) основы медицинской психологии
 - г) все перечисленное
006. Главной задачей медицинской психологии, реализующей требования врачебной этики и медицинской деонтологии, является
- а) поиск индивидуального подхода к больному
 - б) избежание непродуманных, травмирующих психику больного поступков
 - в) укрепление веры больного в скорейшее выздоровление
 - г) создание жизнеутверждающего тонуса, подъема настроения
 - д) все перечисленное
007. "Сверхспециализация" и "технизация" медицины на современном этапе
- а) не влияют на реализацию принципов врачебной этики и медицинской деонтологии
 - б) мешают их реализации
 - в) способствуют реализации этих принципов
008. Соблюдение врачебной тайны предусматривает все перечисленное, кроме
- а) нераспространения врачом сведений о больном (его жалобах, характере заболевания, методах лечения и др.)
 - б) сокрытия от больного истинного его состояния, в частности, при онкологических заболеваниях
 - в) сокрытия от родственников и близких тяжести заболевания, безнадежности состояния

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Раздел 10

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ВКЛЮЧАЯ ТУБЕРКУЛЕЗ)

001. Врачу-терапевту чаще всего приходится сталкиваться со следующими вариантами пороков развития легкого
- 1) агенезией и аплазией всего органа или его части
 - 2) простой и кистой гипоплазией всего органа или его части
 - 3) врожденными единичными и множественными кистами легкого
 - 4) нарушением строения стенки бронхов (бронхомегалия, дизонтогенетические бронхоэктазы)
 - 5) внутри- и внедолевой секвестрацией легкого
 - 6) артериовенозной аневризмой
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 4, 5, 6
 - д) верно 1, 2, 5
002. Гипоплазия легкого - это
- а) недоразвитие отдельных анатомических структур всего органа или его части (доли, сегмента, дольки)
 - б) недоразвитие во всем легком или в его части стенки воздухоносных путей при нормально сформированных остальных анатомических структурах
 - в) недоразвитие основных анатомических структур (бронхов, сосудистой системы и респираторного отдела) всего легкого или его части
003. Кистозная гипоплазия легкого - это
- а) множественные врожденные полости в легком
 - б) недоразвитие всех основных анатомических структур легкого или его части с формированием из недоразвитых бронхов кистозных полостей
 - в) неправильное формирование воздухоносных путей с образованием из них полостей во всем легком или в его части - доле, сегменте, субсегменте
004. Простая гипоплазия легкого - это
- а) недоразвитие всех анатомических структур целого органа или его части
 - б) недоразвитие всего органа или его части с замещением фиброзной тканью
 - в) недоразвитие основных анатомических структур всего органа или его части, не сопровождающееся образованием из воздухоносных путей множественных тонкостенных, содержащих воздух или жидкость, полостей
005. При гипоплазии легкого недоразвитые его участки
- а) мясистые, лишены воздушности и не содержат более или менее правильно сформированных анатомических структур
 - б) местами содержат более или менее правильно сформированные структуры легкого
006. Врожденные кисты легкого - это
- а) порок развития бронхов, проявляющийся образованием в легком полостей, содержащих воздух или жидкость
 - б) порок развития бронхиального дерева на любом его отрезке (крупные или мелкие бронхи), характеризующийся формированием полостей, выстланных бронхиальным эпителием и содержащих воздух или жидкость
 - в) порок развития мелких бронхов или бронхиол, характеризующийся образованием единичных или множественных разного размера полостей, выстланных бронхиальным эпителием и содержащих воздух или жидкость
007. Дизонтогенетические аномалии трахеи и бронхов характеризуются нарушением формирования их стенок и включают все перечисленное, кроме
- а) трахеобронхомегалии
 - б) бронхоэктазов
 - в) синдрома Вильямса - Кемпбелла (гипо- или аплазии хрящей сегментарных бронхов и их ветвей, сопровождающейся сужением просвета бронхов на выдохе)

- и расширением его на вдохе)
 - г) трахеобронхомаляции
 - д) кистозной гипоплазии легкого
008. При гипоплазии целого легкого или его большей части физикальные методы исследования позволяют обнаружить все перечисленное, кроме
- а) уменьшения размеров одной половины грудной клетки
 - б) сколиоза позвоночника
 - в) смещения органов средостения в сторону гипоплазированного легкого
 - г) более высокого расположения купола и ограничения подвижности диафрагмы на стороне гипоплазированного легкого
 - д) эмфиземы легкого со смещением органов средостения в "здоровую" сторону
009. Гипоплазия легкого (простая и кистозная), врожденные бронхоэктазы и кисты легкого при отсутствии инфекционных осложнений клинически протекают
- а) с функциональными расстройствами (одышка, тахикардия)
 - б) с нерезко выраженными признаками интоксикации
 - в) бессимптомно
 - г) верно а) и б)
010. Простая или кистозная гипоплазия легкого, кисты легкого при осложнении инфекционным процессом протекают с клиническими признаками
- а) бронхита
 - б) пневмонии
 - в) легочного нагноения
 - г) всего перечисленного
 - д) верно б) и в)
011. Дизонтогенетические аномалии стенки бронха при присоединении инфекции (неспецифической, туберкулезной, грибковой) протекают с клиническими признаками
- а) хронического бронхита (диффузного поражения бронха в стадии обострения)
 - б) локального бронхита
 - в) бронхоэктатической болезни в стадии обострения
 - г) верно б) и в)
 - д) всего перечисленного
012. Рентгеномографическое исследование органов грудной полости при неосложненных инфекцией пороках развития легких
- а) обычно не выявляет никакой патологии
 - б) обнаруживает изменения, которые удается отличить от приобретенной патологии легких
 - в) выявляет изменения в легких, но для уточнения их характера требуется проведение бронхоскопии и бронхографии, а также изучение сосудистой системы легких (радионуклидное сканирование, ангиопульмонография)
 - г) может выявить столь незначительные изменения в легких, которые принимаются за вариант нормы и не регистрируются
 - д) верно в) и г)
013. Осложненный инфекцией порок развития легкого требует углубленного рентгеномографического исследования легких, бронхологического обследования и нередко изучения сосудистой системы легкого для дифференциальной диагностики со следующими заболеваниями
- а) острой и затяжной пневмонией
 - б) острым и хроническим абсцессом легкого
 - в) раком легкого
 - г) туберкулезом, грибковыми и паразитарными заболеваниями легких
 - д) со всеми перечисленными
014. К генетически детерминированным заболеваниям легких относится
- а) саркоидоз
 - б) муковисцидоз и дефицит α_1 -антитрипсина

- в) гамартохондрома
015. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся все перечисленные, кроме
- а) сахарного диабета
 - б) пневмонии
 - в) бронхиальной астмы
 - г) легочного протеиноза
 - д) туберкулеза
016. Для муковисцидоза характерны все перечисленные клинико-лабораторные признаки, кроме
- а) упорного кашля с трудно отделяемой мокротой
 - б) увеличения периферических и внутригрудных лимфатических узлов
 - в) повышенной вязкости мокроты
 - г) нейтрального жира в кале
 - д) пальцев рук, имеющих форму барабанных палочек, с ногтями в виде часовых стекол
017. Достоверным диагностическим признаком муковисцидоза является
- а) воспалительно измененная гемограмма
 - б) повышенное содержание ионов натрия и хлора в потовой жидкости
 - в) повышенное содержание сахара в крови
 - г) иммунодефицит
018. Клинико-лабораторные проявления муковисцидоза обусловлены всем перечисленным, кроме
- а) изменений реологических свойств крови
 - б) кистозного фиброза поджелудочной железы
 - в) нарушений клеточного звена иммунитета
 - г) несостоятельности мукоцилиарного аппарата
 - д) врожденных бронхоэктазов
019. Дефицит α_1 -антитрипсина клинически чаще всего проявляется
- а) пневмониями
 - б) бронхитами
 - в) гормонорезистентной бронхиальной астмой
020. Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является
- а) вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей
 - б) переохлаждение
 - в) вирусно-бактериальная инфекция
 - г) курение
021. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется
- 1) отсутствием или незначительно выраженными признаками интоксикации
 - 2) умеренно выраженными признаками интоксикации
 - 3) одышкой
 - 4) болями за грудиной, чувством саднения в груди
 - 5) вначале сухим надсадным, а затем с незначительным количеством мокроты кашлем
 - 6) вначале преимущественно сухим кашлем, а затем с мокротой
 - 7) жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких
 - 8) жестким дыханием и непостоянными сухими хрипами в легких
- а) верно 1, 4, 5, 7
 - б) верно 2, 3, 6, 8
 - в) верно 1, 3, 4, 6
 - г) верно 2, 4, 6, 8
022. Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется
- 1) отсутствием или незначительными признаками интоксикации
 - 2) умеренно выраженными признаками интоксикации
 - 3) одышкой

- 4) болями за грудиной, чувством саднения в груди
 - 5) сухим надсадным, а затем с очень незначительным количеством мокроты кашлем
 - 6) вначале преимущественно сухим, а затем влажным кашлем
 - 7) отсутствием хрипов в легких
 - 8) жестким дыханием, нередко с единичными сухими хрипами
 - а) верно 1, 4, 5, 7
 - б) верно 2, 3, 6, 8
 - в) верно 1, 3, 4, 6
 - г) верно 2, 4, 6, 8
023. Лечение острого бронхита проводится обычно
- а) в амбулаторных условиях
 - б) в стационаре
 - в) сначала амбулаторно, а затем в стационаре
024. Тактика лечения острого бронхита определяется с учетом
- а) этиологии и патогенеза заболевания
 - б) преимущественной локализации воспалительного процесса
 - в) фазы воспалительного процесса, наличия или отсутствия вторичной инфекции
 - г) верно б) и в)
 - д) всего перечисленного
025. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)
 - 5) бронхоспазмолитиков, антибактериальных
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2, 4
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 2, 3, 6
026. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит) во второй фазе течения (после начала отхождения мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту (муколитики)
 - 5) бронхоспазмолитиков
 - 6) антибактериальных и антисептических
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 6
 - в) верно 3, 4, 6
 - г) верно 2, 3, 5
 - д) верно 2, 4, 6
027. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов в первой фазе течения (до появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)
 - 5) бронхоспазмолитиков
 - 6) антибактериальных и антисептических
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 2, 3, 5

- г) верно 3, 4, 5
д) верно 3, 5, 6
028. Лечение острого бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов во второй фазе течения (после появления мокроты) предусматривает назначение следующих лекарственных средств
- 1) обезболивающих
 - 2) подавляющих кашель
 - 3) противовоспалительных
 - 4) разжижающих мокроту (муколитики, стимуляторы сурфактантной системы)
 - 5) бронхоспазмолитиков
 - 6) антибактериальных и антисептических
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 2, 3, 4
в) верно 3, 4, 5
г) верно 4, 5, 6
д) верно 3, 5, 6
029. Показанием к общей антибактериальной терапии при остром бронхите служит
- а) тяжелое клиническое течение заболевания
 - б) появление гнойной мокроты
 - в) все перечисленное
030. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит)
- а) благоприятный
 - б) благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией
 - в) благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения
 - г) благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит
 - д) благоприятный в большинстве случаев, возможна трансформация в бронхоэктатическую болезнь
031. Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, как правило
- а) благоприятный
 - б) благоприятный, но иногда заболевание осложняется пневмонией
 - в) благоприятный, но возможно затяжное течение и переход в хронический бронхит
 - г) благоприятный, но имеется риск трансформации заболевания в бронхоэктатическую болезнь
032. Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии служит
- а) нарастание тяжести клинического течения заболевания
 - б) выявление при физикальном исследовании укорочения перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легких
 - в) увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ
 - г) сохранение лихорадки на фоне лечения в течение более, чем 3 дней
 - д) все перечисленное
033. У молодых людей (до 30-35 лет) более частой причиной хронических бронхитов является
- а) повторная вирусно-бактериальная инфекция
 - б) воздействие промышленных газов и аэрозолей
 - в) курение
 - г) врожденная функциональная недостаточность мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей
 - д) верно б) и в)
034. У людей в возрасте старше 30-35 лет, в том числе и у пожилых, возникновение хронического бронхита чаще обусловлено
- а) повторной вирусно-бактериальной инфекцией

- б) воздействием промышленных газов и аэрозолей
 - в) курением
 - г) врожденной функциональной недостаточностью мукоцилиарного аппарата воздухоносных путей
 - д) верно б) и в)
035. Хроническим бронхитом в юношеском и пожилом (до 70 лет) возрасте чаще болеют
- а) мужчины
 - б) женщины
036. В возрасте старше 70 лет хроническим бронхитом чаще болеют и умирают от него
- а) мужчины
 - б) женщины
037. Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется
- а) сильным сухим кашлем
 - б) кашлем с трудноотделяемой вязкой мокротой
 - в) рассеянными сухими хрипами в легких
 - г) кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем
 - д) всем перечисленным
038. Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за
- а) монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания
 - б) отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей
 - в) отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений
 - г) исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий
 - д) всего перечисленного
039. Предбронхит - это
- а) начальная, неосложненная стадия течения хронического бронхита со скудной симптоматикой и функциональной компенсацией заболевания, в дальнейшем манифестирующая с развитием осложнений
 - б) состояние, предшествующее развитию хронического бронхита, характеризующееся легкой ранимостью, неустойчивостью респираторного аппарата к неблагоприятным воздействиям (физические и химические раздражители, табачный дым, инфекция, климатические факторы и т.д.), проявляющееся признаками раздражения слизистой оболочки воздухоносных путей, острым или рецидивирующим бронхитом
040. Возникновению хронического бронхита способствует
- а) курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов
 - б) патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева)
 - в) хронические заболевания верхних дыхательных путей
 - г) наследственное предрасположение к заболеванию легких
 - д) все перечисленное
041. Хронический бронхит, протекающий с прогрессирующим ухудшением бронхиальной проходимости вне зависимости от механизма ее нарушения и участия инфекционных агентов, называют
- а) простым бронхитом
 - б) гнойным бронхитом
 - в) обструктивным бронхитом
042. Хронический бронхит, протекающий с периодическими обострениями, но без выраженной и прогрессирующей обструкции бронхов, считают
- а) простым бронхитом
 - б) гнойным бронхитом

- в) обструктивным бронхитом
043. Хронический бронхит, протекающий с участием вторичной инфекции, обилием разнокалиберных хрипов в легких и выделением мокроты с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов в стадии распада, называют
- простым бронхитом
 - гнойным бронхитом
 - обструктивным бронхитом
044. При простом бронхите
- обструкция воздухоносных путей не выявляется ни клинически, ни при спирографии (пневмотахографии) как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания
 - обструкция воздухоносных путей выявляется только при спирографии (пневмотахографии) в период обострения
 - проходимость воздухоносных путей долгое время не нарушается, обструкция проявляется, главным образом, нарастанием признаков эмфиземы легких
045. Клиническая симптоматика при хроническом бронхите определяется
- формой заболевания
 - фазой течения заболевания (обострение, ремиссия)
 - осложнениями
 - преимущественной локализацией поражения
 - все перечисленным
046. Ведущим симптомом хронического бронхита с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов является
- сильный сухой кашель
 - кашель с мокротой
 - одышка
047. Основным симптом хронического бронхита, протекающего с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, - это
- сильный надсадный сухой кашель
 - кашель с мокротой
 - одышка
048. Для больных хроническим бронхитом с преимущественным поражением крупных бронхов характерны следующие особенности внешнего вида, перкуторные и аускультативные симптомы, гематологические показатели
- гиперстеническая конституция, развитая скелетная мускулатура, бочкообразная грудная клетка, розовая окраска кожи и слизистых оболочек
 - астеническое телосложение, цианоз слизистых оболочек, потеря массы тела
 - коробочный оттенок перкуторного звука над легкими, низкое стояние куполов диафрагмы
 - легочный перкуторный звук с коробочным оттенком
 - ослабленное дыхание и сухие хрипы в легких
 - резко ослабленное дыхание с отсутствием в большинстве случаев хрипов в легких
 - эритроцитоз, высокое содержание гемоглобина
 - нормальное содержание эритроцитов в периферической крови и гемоглобина
- верно 1, 3, 5, 7
 - верно 1, 4, 5, 7
 - верно 2, 3, 6, 8
 - верно 2, 3, 5, 7
049. Для больных хроническим бронхитом с преимущественным поражением мелких бронхов характерны следующие особенности внешнего вида, физикальные и гематологические признаки
- гиперстеническое телосложение с развитой мускулатурой, бочкообразная грудная клетка, розовый цвет кожи и слизистых оболочек
 - астеническое телосложение, цианоз слизистых оболочек, потеря массы тела

- 3) коробочный оттенок перкуторного звука над легкими, низкое стояние куполов диафрагмы
 - 4) легочный перкуторный звук с коробочным оттенком
 - 5) ослабленное дыхание и обилие разного типа сухих хрипов в легких
 - 6) резко ослабленное дыхание и отсутствие в большинстве случаев хрипов в легких
 - 7) эритроцитоз, повышенное содержание гемоглобина
 - 8) нормальное содержание в периферической крови эритроцитов и гемоглобина
 - а) верно 1, 3, 5, 7
 - б) верно 1, 4, 5, 7
 - в) верно 2, 3, 6, 8
 - г) верно 2, 3, 5, 7
050. Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен
- а) воспалением слизистой оболочки крупных бронхов
 - б) воспалением слизистой оболочки мелких бронхов
 - в) повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов
 - г) гипертрофией слизистой оболочки бронхов
 - д) атрофией слизистой оболочки бронхов и обнаружением в ней нервных окончаний
051. Кашель с мокротой при хроническом бронхите свидетельствует о нарушении мукоцилиарного транспорта, зависящего от следующих факторов
- а) количества и функциональной активности клеток реснитчатого эпителия слизистой оболочки бронхов
 - б) количественных и качественных характеристик секрета слизистых желез бронхов
 - в) функции сурфактантной системы легкого
 - г) от всех перечисленных
 - д) верно а) и б)
052. Эффективность мукоцилиарного транспорта зависит от следующих характеристик трахеобронхиальной слизи
- а) количества
 - б) эластичности
 - в) вязкости
 - г) от всего перечисленного
053. При хроническом бронхите соотношение геля и золя в мокроте
- а) меняется в сторону увеличения слоя геля
 - б) меняется в сторону увеличения слоя золя
 - в) не меняется
054. При обструктивном бронхите механизм бронхоспазма определяется
- а) снижением активности медиаторов симпатической нервной системы
 - б) преобладанием активности медиаторов парасимпатической нервной системы
 - в) и тем, и другим
055. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью
- а) спирометрии, пневмотахографии
 - б) бронхоскопии
 - в) исследования газов крови
056. Простейшим прибором для определения бронхиальной обструкции является
- а) спирометр
 - б) пневмотахометр
 - в) плетизмограф
057. Для диагностики бронхоспазма с помощью спирометрии, пневмотахографии следует применять пробу
- а) с дозированной физической нагрузкой
 - б) с ингаляцией β_2 -адреностимулятора и холинолитических средств
 - в) с ингаляцией кислорода
058. Обратимость бронхиальной обструкции подтверждается

- а) результатами спирографического исследования с применением β_2 -адреностимуляторов и холинолитических средств
 - б) устранением признаков обострения заболевания
 - в) всем перечисленным
059. К обратимым компонентам бронхиальной обструкции относят все перечисленные, кроме
- а) спазма бронхов
 - б) воспалительного отека слизистой оболочки бронхов
 - в) нарушения функции мукоцилиарного аппарата бронхов
 - г) стеноза и облитерации просвета бронхов, а также экспираторного их коллапса
060. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует
- а) с интенсивностью кашля и количеством выделяемой мокроты
 - б) с интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов
 - в) с данными спирографии
 - г) верно б) и в)
 - д) со всем перечисленным
061. При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки
- а) бронхоспазма
 - б) воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта
 - в) инфекционного процесса
 - г) бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов
 - д) всего перечисленного
062. При хроническом бронхите с преимущественным поражением мелких (мембранных) бронхов возникновение дыхательной недостаточности связано
- а) с бронхоспазмом
 - б) с воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта
 - в) с облитерацией просвета мелких бронхов и синдромом хлопающего клапана
 - г) верно а) и в)
 - д) со всем перечисленным
063. Экспираторный коллапс стенки мембранных бронхов и бронхиол приводит
- а) к появлению сухих хрипов в легких
 - б) к возникновению приступов удушья
 - в) к развитию центриацинарной эмфиземы и буллезной дистрофии легкого
064. При гнойном бронхите клиническая симптоматика определяется
- а) бронхоспазмом
 - б) воспалением слизистой оболочки бронхов и нарушением мукоцилиарного транспорта
 - в) инфекцией
 - г) всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
065. Осложнениями хронического бронхита являются все перечисленные, кроме
- а) расширения и деформации бронхиол и мелких бронхов
 - б) очагового и диффузного пневмоторакса
 - в) центриацинарной и буллезной эмфиземы легких
 - г) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения и гипертрофии стенки правого желудочка сердца
 - д) долевого и сегментарного пневмоцирроза
066. Осложнениями хронического бронхита являются все перечисленные, кроме
- а) кровохарканья
 - б) легочного кровотечения
 - в) бронхопневмонии
 - г) дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца

- д) спонтанного пневмоторакса и тромбоэмболии
067. К гипертензии в малом круге кровообращения при хроническом бронхите ведет все перечисленное, кроме
- а) спазма мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленного нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого
 - б) облитерации мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза
 - в) облитерации и коллабирования сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образовании булл в легких
 - г) повышенной эластичности стенок крупных сосудов малого круга кровообращения
068. У больных хроническим бронхитом решающую роль в возникновении тромбоэмболии легочной артерии играет
- а) дыхательная недостаточность и гипоксия
 - б) нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения
 - в) полицитемия и повышение свертываемости крови
069. Больные хроническим бронхитом чаще всего умирают от присоединившихся
- а) пневмонии и легочного нагноения
 - б) пневмонии и легочно-сердечной недостаточности
 - в) легочно-сердечной недостаточности и легочного кровотечения
070. Самыми частыми инфекционными агентами, вызывающими обострение хронического бронхита, являются
- а) пневмококк
 - б) гемофильная палочка
 - в) стафилококк
 - г) стрептококк
 - д) ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов
 - е) верно а) и б)
071. Показанием к антибактериальной терапии при хроническом бронхите является
- а) обострение заболевания, сопровождающееся появлением хрипов в легких
 - б) обострение заболевания, сопровождающееся усилением кашля и увеличением количества выделяемой мокроты
 - в) обострение заболевания, сопровождающееся сильным кашлем и признаками бронхоспазма
 - г) обострение заболевания, сопровождающееся признаками развития инфекционного процесса
072. Клиническими признаками развития инфекционного осложнения хронического бронхита является все перечисленное, кроме
- а) интоксикации
 - б) гнойного характера мокроты
 - в) физикальной и рентгенологической симптоматики бронхопневмонии
 - г) усиления кашля, увеличения количества мокроты, появления бронхоспазма
073. При назначении больному хроническим бронхитом антибактериальных средств, выборе их дозы и метода введения следует учитывать
- а) характер микрофлоры трахеобронхиального секрета и ее чувствительность к химиотерапевтическим препаратам
 - б) концентрацию избранного средства, которую необходимо создать в бронхиальной слизи
 - в) переносимость препарата больным
 - г) все перечисленное
074. Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита, характерно
- а) возникновение вслед за обострением бронхита
 - б) частое отсутствие локальной физикальной симптоматики
 - в) поражение нескольких сегментов в глубине легкого

- г) склонность к затяжному течению и рецидивам
 - д) все перечисленное
075. Рентгенологическое исследование легких у больных с клиническими признаками хронического бронхита выявляет все перечисленные изменения, кроме
- а) цирроза целого легкого или его доли
 - б) диффузной, но неравномерной эмфиземы легких
 - в) неравномерного пневмосклероза с избыточным деформированным легочным рисунком
 - г) расширенных крупных легочных сосудов
 - д) измененной конфигурации сердечной тени (капельное или легочное сердце)
076. Трахеобронхоскопия, произведенная при клинических признаках хронического бронхита, выявляет все перечисленное, кроме
- а) нормальной картины слизистой оболочки воздухоносных путей
 - б) резкой деформации просвета бронхов с вдавлениями в их просвет утолщенных и уродливо сформированных хрящей, бледности слизистой оболочки бронхов
 - в) утолщенной, гиперемизированной слизистой оболочки бронхов со сглаженностью контуров хрящей при наличии комочков слизистой или слизисто-гнойной мокроты в просвете бронхов (гипертрофический бронхит)
 - г) истонченной и бледной слизистой оболочки бронхов с четко видимыми хрящами при наличии единичных комочков густой мокроты в просвете бронхов (атрофический бронхит)
 - д) резко гиперемизированной и утолщенной слизистой оболочки бронхов со скоплением в их просвете большого количества гнойной мокроты (гнойный бронхит)
077. При хроническом обструктивном бронхите лечение больного должно проводиться
- а) непрерывно
 - б) в период обострения заболевания
 - в) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью
078. При хроническом необструктивном бронхите лечение больного должно проводиться
- а) непрерывно
 - б) в период обострения заболевания
 - в) в период обострения заболевания и в виде профилактических курсов весной и осенью
079. Препараты для устранения бронхоспазма у больных хроническим обструктивным бронхитом подбираются
- а) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим контролем состояния больного
 - б) путем пробного 2-3-дневного лечения с последующим клиническим контролем и определением показателей функции внешнего дыхания
 - в) путем последовательного исследования эффективности препаратов, основанного на сравнении показателей ОФВ1 (объемная скорость форсированного выдоха в 1 с) до и после введения препарата
080. При подборе перорального бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом ОФВ1 определяют до введения препарата и после его приема
- а) через 1 час
 - б) через 5 мин
 - в) через 15 мин
081. При подборе ингаляционного бронхоспазмолитического средства больному хроническим обструктивным бронхитом исследуют ОФВ1 до введения препарата и после его ингаляции
- а) через 1 час
 - б) через 5 мин

- в) через 15 мин
082. При подборе бронхоспазмолитического средства для внутривенного введения больному хроническим обструктивным бронхитом исследуют ОФВ1 до введения препарата и после инфузии
- а) через 1 час
 - б) через 5 мин
 - в) через 15 мин
083. Для лечения больных хроническим обструктивным бронхитом следует выбирать бронхоспазмолитические препараты со следующим сроком действия
- а) коротким
 - б) умеренным
 - в) пролонгированным
084. Наиболее удобным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющим подобрать оптимальную дозировку препарата, является
- а) парентеральный
 - б) пероральный
 - в) ингаляционный
085. При ингаляционном введении бронхоспазмолитических средств баллончик-ингалятор должен располагаться
- а) непосредственно у открытого рта больного
 - б) на расстоянии 3-4 см от рта больного
 - в) на расстоянии 10-12 см от рта больного
086. В момент распыления бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора больной должен
- а) сделать резкий вдох
 - б) сделать медленный вдох (не более 0.5 л в 1 с)
 - в) задержать дыхание
087. После ингаляции бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора следует
- а) резко выдохнуть
 - б) медленно выдохнуть
 - в) задержать дыхание на 10 с
088. Использование насадки к баллончику-ингалятору для бронхоспазмолитических средств позволяет
- а) уменьшить число побочных реакций на ингалируемое лекарственное средство
 - б) в 1.5 раза повысить усвояемость лекарственных средств
 - в) обеспечить все перечисленное
089. К бронхорасширяющим препаратам группы β_2 -агонистов пролонгированного действия относят
- а) изадрин (изопротеренол, новодрин, эуспиран)
 - б) фенотерол (беротек)
 - в) орципреналина сульфат (алупент, астмопент, метапротеренол сульфат)
 - г) сальбутамол (альбутерол, вентолин)
090. Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, и вызывает наименьшее число побочных реакций
- а) атропин
 - б) ипратропиум бромид
 - в) апрофен
 - г) метацин
 - д) пропантелин бромид
091. К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят
- а) теofilлин
 - б) теофедрин
 - в) теопэк, теодур, ретафил, дуофиллин
 - г) эуфиллин

092. Бронхорасширяющие препараты пуринового ряда при длительном применении могут вызывать следующие побочные реакции
- а) аллергические
 - б) токсические
 - в) связанные с кумуляцией препарата
093. При непрерывном применении в амбулаторных условиях бронхорасширяющих препаратов пуринового ряда необходимо
- а) осуществление постоянного врачебного контроля
 - б) еженедельное посещение пациентом поликлиники
 - в) осуществление ежемесячного врачебного контроля
 - г) определение 1 раз в 6 мес концентрации препарата в крови (она не должна превышать 15 мкг/мл)
094. Показанием к назначению кортикостероидной терапии при хроническом обструктивном бронхите является
- а) тяжелое клиническое течение заболевания
 - б) неэффективность лечения бронхоспазмолитическими средствами
 - в) непереносимость бронхоспазмолитических средств
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
095. Назначение антагонистов кальция при обострении хронического бронхита оправдано следующими свойствами этих препаратов
- а) спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру бронхов
 - б) способностью вызывать дезагрегацию эритроцитов
 - в) спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру сосудов малого круга кровообращения
 - г) всеми перечисленными
096. Лекарственные средства, обладающие симпатомиметическим эффектом, способствуют откашливанию мокроты благодаря
- а) снятию спазма мелких бронхов и снижению тонуса мускулатуры крупных бронхов
 - б) стимуляции функции реснитчатого аппарата эпителия бронхиальной стенки
 - в) разжижению мокроты
 - г) уменьшению прилипания мокроты к стенке бронха
 - д) верно а) и б)
097. Препараты холинергического действия ухудшают откашливание мокроты, что обусловлено
- а) повышением тонуса гладкой мускулатуры бронхов
 - б) торможением функции клеток реснитчатого эпителия бронхов
 - в) повышением секреции трахеобронхиальной слизи
 - г) всем перечисленным
098. Затрудненное отделение мокроты может быть обусловлено всем перечисленным, кроме
- а) дегидратации мокроты при обезвоживании организма, приеме мочегонных средств
 - б) усиления вязкости мокроты
 - в) усиления прилипания мокроты к стенке воздухоносных путей
 - г) размножения возбудителей вторичной инфекции в бронхиальной слизи
 - д) замещения клеток призматического эпителия слизистой оболочки бронхов бокаловидными
099. Гидратации мокроты и в связи с этим улучшению ее откашливания способствует
- а) обильное питье
 - б) ингаляции щелочных растворов
 - в) прием мукалтина
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
100. Вязкость мокроты уменьшается при назначении следующих препаратов
- а) разрушающих пептидные связи белков бронхиальной слизи
 - б) разрушающих сульфидные связи муцинов бронхиальной слизи
 - в) стимулирующих сурфактантную систему легких

- г) верно а) и б)
 - д) всех перечисленных
101. К муколитическим средствам, разрушающим пептидные связи белков бронхиальной слизи, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) препараты бактериальных ферментов
 - в) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.)
 - г) стимуляторы сурфактантной системы легких (бромгексин, амброксол)
 - д) верно а) и б)
102. К средствам, разжижающим мокроту путем разрушения сульфидных связей, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин
 - в) бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван)
103. К средствам, улучшающим откашливание мокроты путем повышения ее текучести (уменьшения прилипания) вследствие стимуляции сурфактантной системы легких, относят
- а) трипсин, химопсин
 - б) производные тиолов - ацетилцистеин (мукогельмин и др.), мукодин
 - в) бромгексин (бисольвон), амброксол (ласольван)
104. Санаторно-курортное лечение больных хроническим бронхитом следует проводить с учетом периода заболевания и климатических факторов.
- Оно показано
- 1) в период обострения заболевания
 - 2) в период ремиссии заболевания
 - 3) в условиях высокогорья
 - 4) в условиях среднегорья и в равнинной местности
 - 5) в условиях морского влажного климата
 - 6) в условиях морского сухого или континентального климата
- а) верно 1, 3, 5
 - б) верно 2, 4, 6
 - в) верно 1, 4, 6
 - г) верно 2, 3, 6
105. При хроническом бронхите показано
- а) диспансерное наблюдение пациентов и непрерывное лечение вне зависимости от формы заболевания и фазы его течения
 - б) диспансерное наблюдение пациентов, непрерывное лечение лишь в случае обструктивного бронхита
 - в) диспансерное наблюдение пациентов при всех формах заболевания, непрерывное лечение только при обструктивном бронхите
 - г) диспансерное наблюдение пациентов, лечение простого и гнойного бронхита лишь в фазе обострения
 - д) верно в) и г)
106. Прогноз при обструктивном бронхите
- а) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания; средняя продолжительность жизни больных не превышает 20-25 лет после начала заболевания
 - б) в целом благоприятный, несмотря на периодические обострения заболевания и снижение трудоспособности пациентов; на продолжительность жизни заболевание существенно не влияет
 - в) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений
107. Прогноз при хроническом гнойном бронхите
- а) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания; после начала клинических проявлений средняя продолжительность жизни больных не превышает 20-25 лет
 - б) в целом благоприятный, возможны периодические обострения заболевания и снижение трудоспособности пациента; на продолжительность жизни заболевание существенно не влияет
 - в) неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений
108. Прогноз при хроническом простом бронхите
- а) неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания; после начала клинических проявлений средняя продолжительность жизни больных не превышает 20-25 лет
 - б) в целом благоприятный, возможны периодические обострения заболевания

- и снижение трудоспособности пациента;
на продолжительность жизни заболевание существенно не влияет
в) неопределенный,
зависит от течения инфекционных легочных осложнений
109. Бронхиальной астме сопутствует
а) гиперчувствительность бета-адренергической системы
б) блокада альфа-адренергической системы
в) гипотония холинергической системы
г) нарушение равновесия альфа- и бета-адренергических систем
110. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена
а) бронхоспазмом
б) воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов
в) закрытием просвета бронхов вязким секретом
г) спадением мелких бронхов на выдохе
д) всем перечисленным
111. Более тяжело протекают следующие формы бронхиальной астмы
а) атопическая астма и астма физического усилия
б) инфекционно-зависимая астма и аспириновая астма
в) аспириновая астма и астма физического усилия
г) астма физического усилия и инфекционно-зависимая астма
112. Основными признаками атопической бронхиальной астмы служат
а) острое начало, чаще легкое течение,
относительно редкое и позднее развитие осложнений,
относительно редкое возникновение астматического статуса
б) постепенное начало, часто тяжелое течение,
относительно частое и раннее развитие осложнений,
частое возникновение астматического статуса
113. Основными признаками инфекционно-зависимой бронхиальной астмы служат
а) острое начало, чаще легкое течение,
относительно редкое и позднее развитие осложнений,
относительно редкое возникновение астматического статуса
б) постепенное начало, часто тяжелое течение,
относительно частое и раннее развитие осложнений,
частое возникновение астматического статуса
114. Основу лечения бронхиальной астмы составляет
а) элиминация причиннозначимого аллергена
б) гипосенсибилизация
в) предупреждение и лечение инфекций
г) использование лекарственных препаратов
д) все перечисленное
115. Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме
а) β_2 -агонистов
б) метилксантинов
в) холинолитических средств
г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов
д) мембраностабилизирующих препаратов
116. Теофедрин противопоказан при следующей форме бронхиальной астмы
а) атопической
б) инфекционно-зависимой
в) аспириновой
г) физического усилия
117. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это
а) острое вздутие легких
б) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов
в) генерализованный бронхоспазм
г) генерализованная закупорка просвета мелких бронхов вязким секретом
118. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем

- а) блокирования α -рецепторов бронхиального дерева
 - б) почти селективного возбуждения β_2 -адренорецепторов бронхов
 - в) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов
 - г) снижения тонуса блуждающего нерва
 - д) блокирования гистамина
119. Основными клиническими синдромами при астматическом статусе являются
- а) прогрессирующая дыхательная недостаточность
 - б) нарастающая легочная гипертензия
 - в) тяжелый нейropsychический синдром
 - г) все перечисленные
120. Наиболее достоверным признаком, отличающим I стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является
- а) рефрактерность к β_2 -агонистам
 - б) тяжесть экспираторного удушья
 - в) выраженный цианоз
 - г) неэффективность внутривенного введения эуфиллина
121. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из I во II стадию, является
- а) прогрессирование одышки
 - б) нарастание цианоза
 - в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких
 - г) повышение артериального давления
122. Наиболее достоверным признаком, указывающим на переход астматического статуса из II в III стадию, является
- а) прогрессирование одышки
 - б) нарастание цианоза
 - в) развитие выраженных психических нарушений
 - г) тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений
123. Основными мероприятиями при астматическом статусе являются все перечисленные, кроме
- а) внутривенного введения эуфиллина
 - б) применения глюкокортикоидов внутрь и внутривенно
 - в) использования β_2 -агонистов
124. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немого легкого" следует
- а) увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов
 - б) использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия
 - в) провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж
 - г) применить все перечисленное
125. При развитии гипоксической комы вследствие астматического статуса в первую очередь целесообразно предпринять следующее
- а) повысить дозы глюкокортикоидных гормонов, применяемых внутрь и внутривенно
 - б) использовать искусственную вентиляцию легких с промыванием дыхательных путей через интубационную трубку
126. Пневмонией следует называть
- а) воспалительные процессы в легких
 - б) инфекционные воспалительные процессы в легких
 - в) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких
 - г) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких
 - д) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела

127. При пневмонии поражается все перечисленное, кроме
а) крупных бронхов
б) дыхательных бронхиол
в) альвеол
г) интерстиция легких
128. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить
а) ослабленное дыхание при отсутствии хрипов
б) сухие хрипы
в) крупнопузырчатые влажные хрипы
г) мелкопузырчатые влажные хрипы
д) крепитирующие хрипы
е) все перечисленное
129. Диагноз пневмонии устанавливается на основании
а) клинических симптомов заболевания
б) данных физикального исследования
в) результатов рентгенологического исследования легких
г) показателей лабораторных анализов
д) всего перечисленного
130. Если при рентгеномографическом исследовании легких нет признаков, свидетельствующих о поражении их респираторного отдела, то это
а) исключает диагноз пневмонии
б) не позволяет исключить пневмонию
в) служит показанием для продолжения диагностического поиска
131. Если на рентгенограмме легких имеются изменения, свидетельствующие о поражении респираторного их отдела, но клинические и лабораторные признаки пневмонии отсутствуют, то это
а) исключает диагноз пневмонии
б) ставит диагноз пневмонии под сомнение
в) служит поводом дальнейшего диагностического поиска
132. Диагноз пневмонии при наличии клинических признаков заболевания может быть установлен, если на рентгенограмме легких выявлены все перечисленные изменения, кроме
а) обогащенного легочного рисунка
б) очаговых теней
в) участков затемнения, занимающих часть сегмента легкого
г) участков затемнения, занимающих весь сегмент легкого
д) участков затемнения, занимающих всю долю легкого
133. Возбудителем пневмонии чаще всего является
а) пневмококк
б) стрептококк
в) стафилококк
г) кишечная палочка
д) клебсиелла
134. Возбудителями пневмонии у заболевшего вне стационара являются все перечисленные микроорганизмы, кроме
а) пневмококка
б) стафилококка
в) микоплазмы
г) клебсиеллы
135. Возбудителями госпитальной (внутрибольничной) пневмонии являются все перечисленные микроорганизмы, кроме
а) пневмококка
б) стафилококка
в) клебсиеллы
г) хламидии
136. Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является
а) пневмококк
б) микоплазма
в) клебсиелла

- г) протей
 - д) хламидия
137. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных
- а) пневмококком
 - б) стрептококком
 - в) кишечной палочкой
 - г) клебсиеллой
 - д) стафилококком
138. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является
- а) пневмококк
 - б) клебсиелла
 - в) пневмоциста
 - г) микоплазма
 - д) кишечная палочка
139. Во время эпидемии гриппа возрастает частота пневмоний, вызванных
- а) пневмококком
 - б) клебсиеллой
 - в) пневмоцистой
 - г) микоплазмой
 - д) кишечной палочкой
140. Течение пневмонии определяется
- а) возбудителем пневмонии
 - б) временем начала этиотропной терапии
 - в) состоянием бронхов
 - г) наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма
 - д) всем перечисленным
141. Пневмония считается затяжной
- а) если признаки заболевания сохраняются через 4 недели после его начала
 - б) если заболевание продолжается более 4 недель, но заканчивается излечением при адекватной терапии
 - в) если, несмотря на проведенное лечение, изменение легочного рисунка на рентгенограмме сохраняется более 4 недель после устранения клинических симптомов заболевания
142. Переходу острой пневмонии в затяжную способствуют все перечисленные факторы, кроме
- а) пожилого возраста пациента
 - б) предшествующих пневмонии патологических процессов в бронхах
 - в) гипофункции коры надпочечников
 - г) двустороннего поражения легочной ткани
143. При пневмонии назначают все перечисленные лекарственные средства, кроме
- а) этиотропных
 - б) отхаркивающих
 - в) бронхоспазмолитических
 - г) иммуномодулирующих
 - д) наркотических
144. При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать
- а) давность заболевания
 - б) природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию
 - в) сопутствующие заболевания
 - г) индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов
145. Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит
- а) тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции
 - б) смешанный характер инфекции
 - в) необходимость усиления антибактериального эффекта
 - г) отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции

- при косвенных указаниях на возможность участия
грам-отрицательных бактерий
д) все перечисленное
146. При проведении комбинированной антибактериальной терапии
при пневмонии рациональным является сочетание следующих средств
а) пенициллинов и сульфаниламидов
б) пенициллинов и тетрациклинов
в) пенициллинов и аминогликозидов
г) сульфаниламидов и тетрациклинов
147. Из перечисленных антибиотиков больным
с аллергическими реакциями на бензилпенициллин следует назначать
а) ампициллин
б) цефазолин
в) гентамицин
148. При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначать
а) олететрин
б) стрептомицин
в) пенициллины
г) эритромицин
д) левомицетин
149. При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать
а) пенициллины
б) эритромицин
в) левомицетин
г) стрептомицин
д) цефопин
150. Если этиология пневмонии не установлена,
вначале следует назначить следующий антибактериальный препарат
а) стрептомицин
б) пенициллин
в) тетрациклин
г) антибиотик группы цефалоспоринов
151. Стафилококковые пневмонии чаще развиваются
а) при гриппе
б) при сахарном диабете
в) у лиц пожилого возраста
г) при хроническом бронхите
д) у пациентов стационаров (внутрибольничная инфекция)
152. При двусторонней стафилококковой пневмонии
с множественными очагами деструкции легочной ткани
лечение антибиотиками целесообразно сочетать
с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме
а) трансфузий свежзамороженной плазмы
б) парентерального введения глюкокортикоидных гормонов
в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов
г) инфузий гепарина
д) плазмафереза
153. При подозрении на пневмонию, вызванную клебсиеллой,
могут быть назначены все перечисленные препараты, кроме
а) пенициллинов 1-го поколения
б) цефалоспоринов 3-го поколения
в) пенициллинов 5-го поколения
г) аминогликозидов
д) фторхинолонов
154. Лечение антибиотиками острой пневмонии следует прекратить
а) через 1 неделю после начала лечения
б) через 2 дня после нормализации температуры тела
в) после исчезновения хрипов в легких
г) после устранения клинических
и рентгенологических признаков заболевания
155. При затяжном и рецидивирующем течении пневмонии
у мужчин старше 40 лет необходимо в первую очередь исключить

- а) тромбоэмболию легочных артерий
 - б) туберкулез легких
 - в) рак легких
156. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять
- а) пенициллин
 - б) тетрациклин
 - в) ампициллин
 - г) цефалоридин
157. Острый абсцесс легкого отличается от пневмонии,
- протекающей с абсцедированием
- а) более тяжелым клиническим течением
 - б) количеством и характером отделяемой мокроты
 - в) характерной этапностью течения заболевания и преобладанием при формировании гнояника в легком некробиотических реакций над воспалительными
158. Решающую роль в возникновении острого абсцесса легкого играют следующие факторы
- 1) стафилококк и стрептококк
 - 2) гнойная инфекция и неспорообразующие анаэробы
 - 3) гнойная и вирусная инфекция
 - 4) нарушение бронхиального дренажа
 - 5) нарушение В-клеточного звена иммунитета
 - 6) нарушение Т-клеточного звена иммунитета
 - 7) образование противолечных антител
- а) верно 1, 4, 5
 - б) верно 3, 4, 6
 - в) верно 2, 4, 7
 - г) верно 2, 5, 7
159. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно
- а) по бронхам
 - б) по лимфатическим сосудам
 - в) по кровеносным сосудам
 - г) при ранении легкого
160. Предрасполагает к развитию острого абсцесса легкого все перечисленное, кроме
- а) хронической гнойной и анаэробной инфекции полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа
 - б) аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.
 - в) систематического переохлаждения, хронического бронхита
 - г) септикопиемии
 - д) аденоидов
161. Диагностика острого абсцесса легкого основывается
- а) на клинических признаках (выделение с кашлем большого количества гнойной мокроты и др.)
 - б) на результатах лабораторного исследования мокроты (мокрота с обильной гнойной микрофлорой)
 - в) на клинко-рентгенологических признаках
162. Клинко-рентгенологическое обследование позволяет диагностировать острый абсцесс легкого
- а) с момента начала в легком воспалительного инфекционного процесса
 - б) с момента формирования в легком гнояника
 - в) после прорыва легочного гнояника в бронхиальное дерево
163. При обследовании больного с острым абсцессом легкого проводят все перечисленное, кроме
- а) общеклинических методов исследования
 - б) бактериологического исследования мокроты, содержимого легочного гнояника
 - в) бронхоскопии
 - г) рентгеномографии легких
 - д) бронхографии

164. О нарушении бронхиального дренажа при остром абсцессе легкого свидетельствует
- увеличение полости абсцесса
 - ателектаз легкого
 - уровень жидкости в полости абсцесса
 - все перечисленное
 - верно а) и в)
165. Лечение больного с острым абсцессом легкого должно проводиться
- в амбулаторных условиях
 - в терапевтическом отделении стационара
 - в пульмонологическом отделении стационара
 - в отделении торакальной хирургии
166. Причинами недостаточной эффективности общей антибактериальной терапии при остром абсцессе легкого и перехода процесса в хронический чаще оказывается
- быстрое развитие лекарственной устойчивости возбудителей инфекции
 - плохая переносимость антибиотиков пациентом (побочные реакции)
 - раннее формирование ограничительной капсулы вокруг инфекционного очага в легком
 - все перечисленное
 - верно а) и б)
167. Основными и наиболее результативными методами лечения острого абсцесса легкого являются
- санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных и антисептических средств
 - катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку
 - трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости и введением в нее лекарственных средств
 - все перечисленные
168. Излечение острого абсцесса легкого происходит
- путем освобождения гнойной полости в легком от возбудителей инфекции и образования на ее месте рубца
 - путем освобождения полости в легком от возбудителей инфекции, эпителизации ее стенки и формирования вторичной кисты легкого
 - путем образования на месте гнойной полости очага уплотнения легочной ткани
 - всеми перечисленными путями
 - верно а) и б)
169. При абсцессе легкого фиброзная капсула формируется
- через 2-4 недели
 - через 2 месяца
 - через 4-6 месяцев
170. Хронический абсцесс легкого может осложняться
- кровохарканьем и легочным кровотечением
 - сепсисом и метастатическими абсцессами
 - легочно-сердечной недостаточностью
 - амилоидозом внутренних органов
 - всем перечисленным
171. Решающую роль в дифференциальной диагностике абсцесса легкого, туберкулеза и полостной формы рака легкого играют следующие методы исследования
- клиническое
 - рентгенологическое (характер полостного образования в легких, отображение его стенок и окружающей легочной ткани)
 - бронхоскопия
 - микробиологическое (выявление микобактерий туберкулеза в мокроте) и цитологическое (обнаружение клеток опухоли в мокроте)
172. Антибиотикотерапия хронического абсцесса легкого обычно приводит
- к ремиссии процесса
 - к излечению с рубцеванием полости абсцесса
 - к излечению с формированием вторичной кисты легкого

173. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает все перечисленное, кроме
- а) возбудителей заболевания
 - б) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротического процесса в легких
 - в) преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными
 - г) частого присоединения осложнений - кровохарканья и легочного кровотечения, острого пиопневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности
 - д) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-некротического процесса в легких
174. Возникновение гангрены легкого, главным образом, обусловлено
- а) воздействием инфекционного фактора - ассоциации гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов
 - б) местными условиями, благоприятными для вегетации возбудителей инфекции (при предшествующих хронических неспецифических заболеваниях легких, пороках развития легких и т.д.)
 - в) общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, злокачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.)
 - г) совокупностью всех перечисленных факторов
175. Отсутствие признаков отграничения воспалительно-некротического процесса при гангрене легкого предопределяет
- а) более тяжелое течение заболевания с прогрессированием, хотя возможны кратковременные периоды ремиссии на фоне массивной антибиотикотерапии
 - б) преобладание на рентгенограмме воспалительных легочных изменений над деструктивными
 - в) присоединение таких осложнений как легочное кровотечение, острый пиопневмоторакс, сердечная недостаточность
 - г) необходимость раннего оперативного лечения, исход которого всегда представляется неопределенным
 - д) все перечисленное
176. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы
- а) лихорадка, боли в груди
 - б) кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам
 - в) кровохарканье, легочное кровотечение
 - г) одышка
 - д) все перечисленные
177. Бронхоэктатическая болезнь часто сочетается со следующими заболеваниями
- а) сахарным диабетом
 - б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
 - в) хроническим синуситом (гайморитом), аденоидами
 - г) хроническим тонзиллитом
178. При бронхоэктатической болезни кровохарканье и легочное кровотечение
- а) никогда не являются первым ее симптомом
 - б) могут наблюдаться вместе с другими симптомами заболевания
 - в) часто являются первым и единственным признаком заболевания при верхнедолевой локализации бронхоэктазов
179. При аускультации легких у пациента с бронхоэктатической болезнью обычно выявляются
- а) непостоянные сухие хрипы в зоне поражения
 - б) рассеянные сухие и влажные хрипы
 - в) локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы
 - г) локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы, иногда в сочетании с сухими
180. Рентгенологическое исследование легких при бронхоэктатической болезни обнаруживает

- а) множественные тонкостенные полостные образования в легких
 - б) тени расширенных бронхов с уплотненными стенками
 - в) локальное усиление и деформацию легочного рисунка с сетчато-петлистыми изменениями в прикорневой области
181. Бронхоскопически при бронхоэктатической болезни обычно выявляют
- а) стеноз и деформацию просвета бронхов
 - б) диффузный эндобронхит
 - в) локальный эндобронхит
182. Решающее значение в диагностике бронхоэктатической болезни принадлежит
- а) клинико-рентгенологическому методу
 - б) бронхоскопии
 - в) бронхографии
183. На бронхограмме при бронхоэктатической болезни обычно выявляется
- а) диффузная деформация бронхов
 - б) распространенные изменения (расширение, деформация) мелких бронхов и бронхиол
 - в) мешотчатое, цилиндрическое или смешанного типа регионарное (иногда двустороннее) расширение бронхов 3-5-го порядка
184. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть все перечисленные, кроме
- а) легочно-сердечной недостаточности
 - б) кровохарканья и легочного кровотечения
 - в) амилоидоза внутренних органов
 - г) метастатических абсцессов и сепсиса
 - д) атеросклероза сосудов малого круга кровообращения
185. Кровохарканье и легочное кровотечение у пациентов с бронхоэктатической болезнью возникают вследствие
- а) повреждения сосудов слизистой оболочки бронхов
 - б) развития пневмоцирроза
 - в) развития коллатералей между системой бронхиальных и легочных артерий
186. Наиболее эффективным консервативным методом гемостаза при легочном кровотечении у пациентов с бронхоэктатической болезнью является
- а) введение хлористого кальция
 - б) введение аминокaproновой кислоты
 - в) введение викасола и витамина С
 - г) управляемая артериальная гипотензия
187. Лечение пациента с обострением бронхоэктатической болезни должно проводиться
- а) в амбулаторных условиях
 - б) в терапевтическом отделении стационара
 - в) в пульмонологическом отделении стационара или в отделении торакальной хирургии
188. Лечение обострения бронхоэктатической болезни проводится с учетом клинических проявлений заболевания, его стадии, распространенности поражения, осложнений и включает
- а) антибиотикотерапию - общую и местную (интратрахеальное введение препаратов, в том числе по катетеру через микротрахеостому)
 - б) лечебные бронхоскопии
 - в) постуральный дренаж
 - г) терапию дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
 - д) все перечисленное
189. Больному с локальными бронхоэктазами в фазе ремиссии инфекционно-воспалительного процесса следует рекомендовать
- а) санаторно-курортное лечение 1 раз в год
 - б) постуральный дренаж, закаливание
 - в) после дообследования в отделении торакальной хирургии -

оперативное лечение

190. При невозможности проведения оперативного лечения бронхоэктатической болезни (отказ пациента от операции, наличие противопоказаний к ней) больному следует рекомендовать
- а) санаторно-курортное лечение 1 раз в год
 - б) постуральный дренаж
 - в) проведение профилактических курсов антибиотикотерапии весной и осенью
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и б)
191. Заболеваемость раком легких резко повышается с возраста
- а) 30 лет
 - б) 40 лет
 - в) 50 лет
192. Раком легких заболевают
- а) чаще мужчины
 - б) чаще женщины
 - в) одинаково часто мужчины и женщины
193. К раку легкого предрасполагает
- а) алкоголизм и бытовое пьянство
 - б) курение
 - в) наркомания и токсикомания
 - г) все перечисленное
194. Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих
- а) сахарным диабетом
 - б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
 - в) хроническим неспецифическим заболеванием легких
 - г) бронхиальной астмой
195. Паранеопластический синдром при раке легкого - это
- а) перифокальные изменения в легком вокруг опухолевого узла
 - б) изменение в клинических анализах периферической крови, биохимических анализах, а также иммунологические сдвиги в организме, вызванные раковой опухолью
 - в) патология ряда органов и систем, вызванная раковой опухолью
196. Паранеопластический синдром при раке легкого появляется
- а) обычно одновременно с выявлением рака легкого
 - б) часто до обнаружения рака легкого
 - в) обычно в терминальном периоде болезни
197. У больных раком легкого паранеопластический синдром чаще проявляется
- а) гирутизмом, гинекомастией
 - б) дерматозом Базена
 - в) синдромом Мари - Бамбергера (пальцы в виде барабанных палочек, периостит, боли в суставах)
198. Опухоль, обнаруженная на рентгенограмме легких в виде шаровидного затемнения, относится
- а) к периферическому раку легкого
 - б) к центральному раку легкого
 - в) к атипичной форме рака легкого
199. У мужчин старше 40 лет с бессимптомным фокусным затемнением в легких, имеющим четкие или нечеткие контуры, врач обязан в первую очередь исключить
- а) туберкулому легкого
 - б) периферический рак легкого
 - в) очаговую пневмонию
200. При центральном раке легкого поражается стенка
- а) мембранного (бесхрящевого) бронха
 - б) внутрилегочно расположенного бронха с фиброзно-мышечно-хрящевым слоем
 - в) внелегочно расположенного бронха

201. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является
- а) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови
 - б) легочное кровотечение
 - в) одышка и потеря массы тела
 - г) лихорадка
 - д) все перечисленное
202. Осложнением центрального рака легкого может быть
- а) гиповентиляция легкого
 - б) ателектаз легкого
 - в) пневмония (возможно с абсцедированием, даже с образованием острого абсцесса легкого)
 - г) все перечисленное
203. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это
- а) флюорография органов грудной клетки
 - б) бронхоскопия
 - в) цитологическое исследование мокроты
204. Параканкрозная пневмония может завершиться
- а) полным рассасыванием воспалительных изменений и восстановлением нормального легочного рисунка
 - б) образованием пневмоцирроза
 - в) абсцедированием
 - г) всем перечисленным
205. При обследовании больных с затяжным течением пневмонии следует
- а) определить содержание кислот в сыворотке крови
 - б) определить содержание фибриногена в сыворотке крови
 - в) провести повторное цитологическое исследование мокроты для выявления опухолевых клеток и бронхоскопию
206. Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает
- а) клинико-лабораторное обследование
 - б) бронхоскопия с биопсией
 - в) рентгенография легких
207. Раннее выявление рака легкого базируется
- а) на регулярной ежегодной флюорографии органов грудной клетки у взрослых
 - б) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и их ежегодном профилактическом флюорографическом обследовании
 - в) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и ежегодном обследовании пациентов, включающем анализ мокроты на клетки раковой опухоли и флюорографию органов грудной клетки
 - г) на формировании среди населения групп с повышенным риском развития рака легкого и обследовании пациентов 1 раз в 6 месяцев, включающем анализ мокроты на клетки раковой опухоли и флюорографию органов грудной клетки
208. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать
- а) рак бронха
 - б) кавернозный туберкулез легких
 - в) бронхоэктатическую болезнь
 - г) пневмокониоз
209. Среди опухолей легкого самыми частыми, за исключением рака, являются
- а) саркомы
 - б) аденомы и хондромы
 - в) лейомиомы
 - г) невриномы
 - д) ангиомы
210. Все опухоли легкого, за исключением рака и аденом, чаще локализуются
- а) в стенке крупного бронха
 - б) в стенке мелкого бронха и в интерстиции респираторного отдела легкого

211. При аденоме крупного бронха возможно все перечисленное, за исключением
- а) бессимптомного течения
 - б) кровохарканья
 - в) сухого надсадного кашля
 - г) рецидивирующей пневмонии с исходом в пневмоцирроз
212. Основными методами диагностики аденомы главного и долевого бронхов являются
- а) аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли
 - б) рентгенотомографическое исследование (со срезами через корень легкого)
 - в) бронхоскопия
 - г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)
213. Хондромы, лейомиомы, невриномы и ангиомы легкого выявляются
- а) по клинической симптоматике
 - б) при исследовании мокроты на клетки опухоли
 - в) при массовых рентгенофлюорографических обследованиях населения (шаровидные затемнения в легких)
214. Наиболее частыми гранулематозными поражениями легких неинфекционной природы являются
- а) силикоз
 - б) саркоидоз
 - в) гистиоцитоз Х
215. Саркоидозом заболевают
- а) чаще мужчины
 - б) чаще женщины
 - в) одинаково часто мужчины и женщины
216. Саркоидоз наиболее часто наблюдается
- а) у детей и подростков
 - б) в пожилом возрасте
 - в) в старческом возрасте
 - г) в возрасте 20-50 лет
217. В патогенезе саркоидоза большое значение имеют следующие нарушения
- а) иммунологические
 - б) биохимические
 - в) нейроэндокринные
 - г) все перечисленные
218. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются
- а) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа клеток Пирогова - Лангханса
 - б) клетки Березовского - Штернберга
 - в) гистиоциты
 - г) макрофаги
 - д) эозинофилы
219. Клинические проявления при саркоидозе чаще зависят
- а) от формы заболевания
 - б) от стадии течения процесса
 - в) от степени вовлечения в процесс того или иного органа
220. Клинически саркоидоз может протекать
- а) бессимптомно
 - б) малосимптомно
 - в) с более или менее выраженными признаками интоксикации, кашлем, одышкой
 - г) возможен любой из перечисленных вариантов течения
221. Одним из начальных признаков саркоидоза может быть синдром Лефгрена, который проявляется
- а) одышкой, кашлем, лихорадкой
 - б) лихорадкой, узловатой эритемой, полиартралгией
 - в) одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов
 - г) лихорадкой, одышкой,

- увеличением внутригрудных лимфатических узлов
д) одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов
222. При генерализованной форме саркоидоза могут вовлекаться в процесс
а) периферические лимфатические узлы, легкие, кожа, кости
б) печень, почки, селезенка, сердце
в) слюнные железы, глаза
г) центральная и периферическая нервная система
д) любые органы в различном сочетании
223. При поражении саркоидозом мышцы сердца
чаще наблюдаются следующие симптомы
а) боли в области сердца, повышение артериального давления
б) боли в области сердца, понижение артериального давления
в) боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца Q на электрокардиограмме
г) боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме
224. Кожная чувствительность к туберкулину у больных саркоидозом чаще
а) повышена
б) нормальная
в) снижена
г) отрицательная
225. Функция коры надпочечников у больных саркоидозом чаще
а) нормальная
б) повышена
в) снижена
226. При исследовании периферической крови больных саркоидозом нередко выявляют
а) нерезко выраженные анемию и лейкоцитоз
б) эозинофилию, лимфоцитопению
в) палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ
г) нормальные цифры всех показателей
227. Показатели клеточного и гуморального иммунитета при саркоидозе
а) в пределах нормы
б) снижены
в) показатели клеточного иммунитета (Т-система) в норме, гуморального иммунитета (В-система) снижены
г) показатели клеточного иммунитета снижены, гуморального - в норме или повышены
228. Основным методом выявления саркоидоза органов дыхания является
а) клинический
б) лабораторный
в) рентгенологический
229. При саркоидозе органов дыхания на рентгенограмме легких могут выявляться следующие изменения
а) одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменений в легких
б) одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные изменения в легких
в) диссеминированные изменения в легких при отсутствии поражения внутригрудных лимфатических узлов
г) все перечисленные
230. Судить о распространенности процесса при саркоидозе позволяет
а) рентгеномография органов грудной клетки и рентгенография трубчатых костей
б) биопсия кожи, периферических лимфатических узлов и других органов
в) радионуклидное исследование с ^{67}Ga
г) все перечисленное
231. В зависимости от клинко-рентгенологической формы и стадии саркоидоза для верификации диагноза можно применять в той или иной последовательности все перечисленные методы, кроме

- а) биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов
 - б) медиастиноскопии и медиастиномии
 - в) трансбронхиальной биопсии внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани
 - г) открытой биопсии легких
 - д) пробной терапии стероидными гормонами
232. Бронхоскопически при саркоидозе выявляются следующие изменения
- а) гиперемия слизистой оболочки бронхов
 - б) веерообразное расположение сосудов бронхов
 - в) отечность, складчатость слизистой оболочки бронхов
 - г) бугорковые высыпания на слизистой оболочке бронхов
 - д) все перечисленные
233. При саркоидозе проводится в основном следующая терапия
- а) этиотропная
 - б) противовоспалительная
 - в) направленная на устранение основных механизмов развития заболевания
234. Основные лекарственные средства, которые используются при саркоидозе - это
- а) стероидные гормоны
 - б) антибиотики и нестероидные гормоны
 - в) витамины и нестероидные гормоны
235. Показаниями к назначению стероидных гормонов при саркоидозе являются
- а) выраженные клинические проявления заболевания
 - б) прогрессирующие формы заболевания
 - в) внелегочные поражения
 - г) отсутствие тенденции к спонтанной регрессии заболевания
 - д) все перечисленные состояния
236. Больные саркоидозом должны находиться под диспансерным наблюдением
- а) терапевта
 - б) пульмонолога
 - в) фтизиатра
237. Установить этиологию плеврита чаще всего помогает
- 1) исследование плеврального экссудата
 - 2) биопсия плевры
 - 3) изучение гематологических показателей
 - 4) исследование мокроты
 - 5) клиническая симптоматика
 - 6) рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- а) верно 1, 2
 - б) верно 1, 5
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 1, 3
 - д) верно 1, 6
238. Основными признаками экссудативного плеврита являются
- а) притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата
 - б) ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука
 - в) смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому
 - г) все перечисленные
239. Туберкулезная этиология плеврита доказывается
- а) обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте
 - б) обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры
 - в) обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов
 - г) всем перечисленным
240. Сухой плеврит сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме

- а) болей в груди
 - б) сухого кашля
 - в) потливости
 - г) субфебрилитета
 - д) акроцианоза
241. Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее
- а) 50 мл
 - б) 100 мл
 - в) 200 мл
 - г) 500 мл
242. Геморрагический плевральный экссудат наиболее редко наблюдается
- а) при раке легкого
 - б) при туберкулезе легкого
 - в) при тромбоэмболии легочной артерии
 - г) при мезотелиоме плевры
243. Очень быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости является типичным признаком
- а) хронической недостаточности кровообращения
 - б) мезотелиомы плевры
 - в) аденокарциномы бронха
 - г) туберкулеза легких
 - д) системной красной волчанки
244. На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика
- а) проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами
 - б) госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очереди
 - в) немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение
 - г) амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость

Ситуационная задача (тесты 245-247)

Больной 50 лет по поводу "правосторонней пневмонии" лечился на дому. Состояние оставалось средне-тяжелым, но от госпитализации он отказался.

В связи с резким внезапным ухудшением (боли в грудной клетке, одышка, цианоз, тахикардия, падение артериального давления) больной доставлен в поликлинику.

Перкуторно в верхнем отделе грудной клетки справа определяются тимпанический звук, в нижележащем отделе - тупость. Дыхательные шумы в правом легком не прослушиваются

245. Ваш предварительный диагноз
- а) пневмоторакс
 - б) инфаркт миокарда
 - в) эмпиема плевры
 - г) пиопневмоторакс
 - д) тромбоэмболия легочной артерии
246. В поликлинике для подтверждения диагноза больному необходимо произвести
- а) рентгеноскопию органов грудной клетки
 - б) электрокардиографию
 - в) плевральную пункцию
 - г) общие анализы крови и мочи
247. Если состояние больного крайне тяжелое и обнаружен напряженный пиопневмоторакс, то Вашими действиями будут
- а) срочная госпитализация пациента в хирургическое отделение
 - б) введение иглы Дюфо через межреберный промежуток в плевральную полость и подключение ее к подводному импровизированному дренажу с последующей госпитализацией пациента
 - в) симптоматическая терапия и госпитализация пациента

248. Туберкулезом чаще поражается все перечисленное, кроме
- а) органов дыхания
 - б) мочеполовых органов
 - в) опорно-двигательного аппарата
 - г) кожных покровов
249. Риск заболевания туберкулезом увеличивается
- а) при тесном контакте с больным туберкулезом
 - б) при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммунодепрессивное действие
 - в) при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях
 - г) при сахарном диабете
 - д) при всех перечисленных условиях
250. Вскоре после заражения могут развиваться следующие формы туберкулеза
- а) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
 - б) очаговый, инфильтративный или диссеминированный туберкулез легких
 - в) туберкулезный плеврит
 - г) первичный туберкулезный комплекс
 - д) все перечисленные формы
251. К клинко-рентгенологическим вариантам туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов относятся
- а) опухолевидный (туморозный)
 - б) инфильтративный
 - в) "малые формы"
 - г) все перечисленные
252. Для диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов следует провести
- а) реакцию Манту с 2ТЕ
 - б) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза
 - в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки, включая томографию
 - г) бронхоскопию
 - д) все перечисленное
253. К осложнениям туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов относят
- а) туберкулез бронхов (главного, долевого, устьев сегментарных)
 - б) воспалительно-ателектатические изменения в легких
 - в) лимфогематогенную диссеминацию с поражением легких, плевры, бронхов и других органов, развитие милиарного туберкулеза
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и в)
254. Параспецифические реакции при туберкулезе проявляются
- а) узловатой эритемой
 - б) ревматизмом Понсе
 - в) кератоконъюнктивитом
 - г) всеми перечисленными заболеваниями
255. В дифференциальной диагностике туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов с поражениями этих лимфатических узлов другой этиологии (саркоидоз, лимфома Ходжкина и др.) наиболее информативным является метод
- а) рентгенологический
 - б) гистологический
 - в) серологический
256. Диагноз очагового туберкулеза легких у взрослых и подростков ставится на основании
- а) бессимптомного течения заболевания или скудных его проявлений - повышенной утомляемости, периодического субфебрилитета, редкого кашля с единичными плевками слизистой или слизисто-гнойной мокроты
 - б) отсутствия физикальной симптоматики легочного поражения
 - в) обнаружения при рентгенологическом исследовании легких единичных или множественных разного характера очаговых теней, чаще в 1-м, 2-м и 6-м бронхолегочных сегментах

- г) непостоянного и скудного бактериовыделения (микобактерии туберкулеза чаще выявляются при посеве на питательную среду)
 - д) всего перечисленного
257. Для инфильтративного туберкулеза легких характерны следующие признаки
- а) подострое начало заболевания
 - б) непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания
 - в) умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте
 - г) выявление на рентгенограмме легких связанного "дорожкой" с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения диаметром более 1.5 см, на фоне которого нередко определяются единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани ("пневмонийная каверна"), а вокруг - очаги-отсевы
 - д) все перечисленные
258. Решающее значение в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза, очаговой и параканкротической пневмонии принадлежит
- а) клинической симптоматике
 - б) данным рентгенологического исследования легких
 - в) обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте
 - г) результатам пробного лечения
259. При затруднении в дифференциации крупозной пневмонии от казеозной в первую очередь следует провести
- а) серологическое исследование
 - б) кожные туберкулиновые пробы
 - в) бактериоскопию мазка мокроты, окрашенного по Цилю - Нильсену
 - г) посев мокроты с целью выявления неспецифической микрофлоры и микобактерий туберкулеза
260. Характерными клиническими признаками милиарного туберкулеза являются
- а) лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным
 - б) умеренно выраженные одышка и тахикардия
 - в) небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ
 - г) частое увеличение печени и селезенки
 - д) все перечисленные
261. При милиарном туберкулезе наиболее часто поражается все перечисленное, кроме
- а) легких
 - б) печени
 - в) селезенки
 - г) опорно-двигательного аппарата
262. Микобактерии туберкулеза в мокроте при общем милиарном туберкулезе обнаруживаются
- а) всегда
 - б) не всегда
263. Основными методами выявления милиарного туберкулеза с поражением легких и печени являются
- 1) рентгенография органов грудной клетки
 - 2) функциональные печеночные пробы
 - 3) биопсия печени
 - 4) гематологические исследования
 - 5) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза
 - 6) кожные туберкулиновые пробы
- а) верно 1, 3
 - б) верно 1, 6
 - в) верно 1, 5
 - г) верно 1, 2
 - д) верно 1, 4
264. Хронический диссеминированный туберкулез легких

- необходимо дифференцировать
- а) с пневмонией
 - б) с хроническим бронхитом
 - в) с саркоидозом
 - г) с профессиональными и редкими заболеваниями легких, протекающими с синдромом легочной диссеминации
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями
265. Туберкулез главного, долевого и промежуточного бронхов при неосложненном течении следует дифференцировать
- а) с бронхитом
 - б) с бронхоэктатической болезнью
 - в) с пневмонией
266. Туберкулез главного, долевого и промежуточного бронхов, протекающий с легочными осложнениями (диссеминацией, воспалительно-ателектатическими изменениями), необходимо дифференцировать
- а) с очаговой пневмонией
 - б) с параканкротической пневмонией
 - г) с центральным раком легкого, осложненным ателектазом
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями
267. Основными методами диагностики туберкулеза главного, долевого и промежуточного бронхов являются
- 1) бактериоскопия мокроты и посев ее на микобактерии туберкулеза
 - 2) бронхоскопия
 - 3) рентгеномография легких
 - 4) компьютерная томография легких
 - 5) иммунологическое исследование
- а) верно 1, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 1, 4
 - г) верно 2, 5
 - д) верно 2, 4
268. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) волнообразного течения с прогрессированием, сопровождающимся массивным постоянным или периодическим выделением микобактерий туберкулеза с мокротой
 - б) наличием в легких одной или нескольких хронических туберкулезных каверн, а также очагов бронхогенной диссеминации разной давности
 - в) частого обнаружения специфических осложнений (туберкулеза слизистой оболочки крупного бронха, реже - туберкулеза гортани, кишечника)
 - г) присоединения неспецифических осложнений (дыхательной недостаточности, хронического легочного сердца, легочных кровотечений, амилоидоза внутренних органов)
 - д) благоприятного отдаленного прогноза при использовании современных методов терапии
269. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще всего приходится дифференцировать
- а) с хроническим абсцессом легкого
 - б) с кистозной гипоплазией легкого, осложненной инфекцией
 - в) с кавернозной формой рака легкого
 - г) со всеми перечисленными заболеваниями
270. Цирротический туберкулез легких характеризуется
- а) вялым, торпидным течением инфекционного процесса с редкими обострениями и скудным непостоянным бактериовыделением
 - б) развитием пневмоцирроза с бронхоэктазами и буллезной дистрофией легочной ткани
 - в) присоединением неспецифических осложнений - дыхательной недостаточности, хронического легочного сердца, легочных кровотечений
 - г) всем перечисленным

Раздел 11
БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

001. Решающим в диагностике ишемической болезни сердца является
- а) аускультация сердца
 - б) анамнез
 - в) наличие блокады правой ножки пучка Гиса
 - г) ЭКГ, произведенная в покое
 - д) недостаточность кровообращения
002. Патогномоничным для стенокардии является
- а) загрудинная боль при физической нагрузке без изменений ЭКГ
 - б) желудочковая экстрасистолия после нагрузки
 - в) загрудинная боль и депрессия на ЭКГ сегмента S-T на 1 мм и более
 - г) подъем сегмента S-T менее, чем на 1 мм
 - д) увеличение зубца Q в III стандартном и aVF отведениях
003. Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается
- а) депрессия точки "j" более, чем на 2 мм
 - б) депрессии сегмента S-T во всех отведениях менее, чем на 1 мм
 - в) подъем сегмента S-T на 0.5 мм
 - г) инверсия зубца T
 - д) депрессия сегмента S-T на 2 мм и более
004. Появление голосистолического шума над верхушкой сердца одновременно с острой левожелудочковой недостаточностью характерно
- а) для отрыва сосочковой мышцы
 - б) для разрыва межжелудочковой перегородки
 - в) для расслаивающей аневризмы аорты
 - г) для аневризмы левого желудочка
 - д) для эмболии легочной артерии
005. К ранним осложнениям инфаркта миокарда относятся
- а) отек легких
 - б) остановка кровообращения
 - в) разрыв миокарда
 - г) блокада ножек пучка Гиса
 - д) все перечисленные осложнения
006. Возникновение кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда
- а) не зависит от массы поврежденного миокарда
 - б) связано с повреждением 20% массы миокарда
 - в) связано с повреждением 40% и более массы миокарда
 - г) зависит от локализации инфаркта миокарда
 - д) все перечисленное неверно
007. Длительное обездвиживание больного с инфарктом миокарда может привести
- а) к брадикардии
 - б) к артериальной гипертензии
 - в) к тромбоэмболическим осложнениям
 - г) к сердечной недостаточности
 - д) к снижению систолического объема сердца
008. Реабилитацию больных с инфарктом миокарда неосложненного течения следует начинать
- а) с первых суток от возникновения инфаркта
 - б) в первой недели от возникновения инфаркта
 - в) в третьей недели от возникновения инфаркта
 - г) с четвертой недели от возникновения инфаркта
 - д) с шестой недели от возникновения инфаркта
009. Показанием к проведению аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни сердца является:
- 1) тяжелая форма стенокардии, не поддающаяся консервативному лечению
 - 2) острый инфаркт миокарда
 - 3) рецидив стенокардии после перенесенного инфаркта миокарда
 - 4) ИБС с повторными инфарктами миокарда
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3

- в) верно 2, 4
 - г) верно 4
010. У больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, появились боли в грудной клетке, лихорадка, шум трения перикарда, увеличение СОЭ, динамика изменений ЭКГ при этом без особенностей. Ваш диагноз
- а) распространение зоны поражения миокарда
 - б) идиопатический перикардит
 - в) постинфарктный синдром (синдром Дресслера)
 - г) разрыв миокарда
 - д) разрыв сердечных хорд
011. При жалобах на загрудинные боли диагноз инфаркта миокарда можно установить при наличии следующих данных электрокардиографического исследования
- а) ЭКГ не изменена
 - б) атриовентрикулярная блокада I степени
 - в) синусовая тахикардия
 - г) патологическое отклонение электрической оси сердца
 - д) ни в одном случае
012. Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является
- а) изменение комплекса QRS
 - б) инверсия зубца Т
 - в) нарушение сердечного ритма
 - г) подъем сегмента ST
 - д) появление зубца Q
013. Прямые признаки заднего инфаркта миокарда на ЭКГ регистрируются в следующих отведениях
- а) I, aVL, V₁-V₄
 - б) II, III, aVF
 - в) I, aVL, V₅-V₆
 - г) aVL, V₁-V₂
 - д) V₁-V₆
014. Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является
- а) подъем сегмента ST в нескольких отведениях
 - б) депрессия сегмента ST в нескольких отведениях
 - в) появление комплекса QS в двух и более отведениях
 - г) блокада левой ножки пучка Гиса
 - д) нарушение сердечного ритма
015. Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если
- а) длительность комплекса QRS превышает 0.12 с
 - б) отсутствует зубец Q в отведениях V₅-V₆
 - в) имеется комплекс QS в отведениях V₁-V₂
 - г) имеются комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V₅-V₆
016. При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности
- а) аспарагиновой трансаминазы (АСТ)
 - б) креатинфосфокиназы (КФК)
 - в) лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
 - г) аланиновой трансаминазы (АЛТ)
 - д) миоглобина
017. Пик активности аспарагиновой трансаминазы (АСТ) при остром инфаркте миокарда отмечается через
- а) 2-6 час
 - б) 1-2 суток
 - в) 3-4 суток
 - г) 4-6 суток
 - д) 6-8 суток

018. Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов
- а) миоглобина
 - б) креатинфосфокиназы (КФК)
 - в) аланиновой трансаминазы (АЛТ)
 - г) аспарагиновой трансаминазы (АСТ)
 - д) лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
019. Для острого инфаркта миокарда характерно повышение активности фракций лактатдегидрогеназы (ЛДГ)
- а) ЛДГ-1
 - б) ЛДГ-1 и ЛДГ-2
 - в) ЛДГ-2 и ЛДГ-3
 - г) ЛДГ-4 и ЛДГ-5
 - д) ЛДГ-5
020. Активность КФК в сыворотке крови повышается
- а) при инфаркте миокарда
 - б) при любом повреждении миокарда
 - в) при повреждении скелетной мускулатуры
 - г) при повреждении мозга
 - д) во всех перечисленных случаях
021. Наиболее атерогенными по классификации Фридериксена считаются типы гиперлиппротеинемии
- а) I, II, III
 - б) I, III
 - в) II, III
 - г) IV, V
 - д) все перечисленные
022. Достоверными факторами риска ишемической болезни сердца являются
- а) желчнокаменная болезнь
 - б) алкоголизм
 - в) артериальная гипертензия
 - г) азотемия
 - д) гиповитаминоз С
023. Развитию атеросклероза и ишемической болезни сердца способствует
- а) тиреотоксикоз
 - б) сахарный диабет
 - в) ревматоидный артрит
 - г) легочное сердце
 - д) цирроз печени
024. Самым частым осложнением острого инфаркта миокарда является
- а) разрыв миокарда
 - б) эмболия мозга
 - в) нарушения ритма
 - г) синдром Дресслера
 - д) шок
025. Причинами смерти при остром инфаркте миокарда являются все перечисленные, кроме
- а) кардиогенного шока
 - б) недостаточности кровообращения
 - в) нарушения ритма сердца
 - г) блокады правой ножки пучка Гиса
 - д) разрыва миокарда
026. Все перечисленные нарушения ритма опасны развитием фибрилляции желудочков, кроме
- а) пароксизмальной наджелудочковой тахикардии
 - б) желудочковой тахикардии
 - в) частой желудочковой экстрасистолы (более 10 экстрасистол в 1 мин)
 - г) полиморфных и залповых желудочковых экстрасистол
 - д) желудочковых экстрасистол типа R на T
027. Синусовая брадикардия характерна
- а) для заднего инфаркта миокарда
 - б) для инфаркта миокарда правого желудочка
 - в) для инфаркта межжелудочковой перегородки

- г) для передне-перегородочного инфаркта миокарда
 - д) для бокового инфаркта миокарда
028. Эндокардиальная стимуляция желудочков у больных инфарктом миокарда показана
- а) при инфаркте передней стенки с блокадой правой ножки пучка Гиса
 - б) при полной атриовентрикулярной блокаде
 - в) при инфаркте задней стенки с атриовентрикулярной блокадой I степени без признаков недостаточности кровообращения
 - г) при атриовентрикулярной тахикардии
 - д) при атриовентрикулярной блокаде II степени, I типа по Мобитцу
029. Положительное действие нитроглицерина заключается
- а) в увеличении притока венозной крови к сердцу
 - б) в увеличении периферического сопротивления и снижении артериального давления
 - в) в увеличении конечного диастолического давления
 - г) в уменьшении преднагрузки
 - д) в увеличении работы сердца
030. Пропранолол применяется при ишемической болезни сердца потому, что
- а) снижает потребность миокарда в кислороде
 - б) расширяет коронарные сосуды
 - в) вызывает спазм периферических сосудов
 - г) увеличивает потребность миокарда в кислороде
 - д) увеличивает сократительную способность миокарда
031. Желудочковая экстрасистолия в остром периоде инфаркта миокарда является показанием к терапии
- а) сердечными гликозидами
 - б) лидокаином
 - в) алуpentом
 - г) реланиумом
 - д) верапамилом
032. При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать
- а) с внутривенного введения 0.5-1 мг атропина
 - б) с внутривенного введения 1 мг изупрела
 - в) с внутривенного введения 1 мг изоптина
 - г) с внутривенного введения 100 мг гидрокортизона
 - д) с профилактического введения электрода в полость правого желудочка
033. Противопоказаниями для применения β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда являются
- а) мерцательная аритмия
 - б) наджелудочковая экстрасистолия
 - в) желудочковая экстрасистолия
 - г) атриовентрикулярная блокада
 - д) глаукома
034. У больного 50 лет после перенесенного обширного инфаркта миокарда на ЭКГ блокада левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярная блокада I степени, периодическая блокада II степени (I тип нарушения по Мобитцу) в некоторых циклах. Необходимость имплантации искусственного водителя ритма подтверждает следующий клинический симптом
- а) значительная одышка при физической нагрузке
 - б) кратковременные потери сознания
 - в) приступы стенокардии через каждые 50 м ходьбы
 - г) все перечисленные симптомы
 - д) ни один из перечисленных симптомов
035. У больного, перенесшего передний инфаркт миокарда, абсолютным показанием к имплантации постоянного кардиостимулятора является
- а) предсердная экстрасистолия и блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
 - б) блокада левой ножки пучка Гиса

- в) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса
 - г) атриовентрикулярная блокада дистальной локализации II и III степени
 - д) мерцание предсердий
036. Терапия гепарином при остром инфаркте миокарда имеет целью:
- 1) ограничение зоны повреждения
 - 2) профилактику парietального тромбоза
 - 3) профилактику флеботромбозов
 - 4) профилактику рецидивов инфаркта миокарда
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 1, 2, 3, 4
037. При лечении гепарином контрольным тестом является
- а) уровень протромбина
 - б) уровень фибриногена
 - в) время свертывания крови
 - г) время кровотечения
 - д) количество тромбоцитов
038. Больному ишемической болезнью сердца с поражением трех коронарных артерий показано
- а) аортокоронарное шунтирование
 - б) операция Вайнберга
 - в) операция Фиски
 - г) транслуминальная ангиопластика коронарных артерий
 - д) все перечисленное
039. Ишемическая болезнь сердца проявляется всеми перечисленными состояниями, кроме
- а) стенокардии напряжения
 - б) безболевой преходящей депрессии сегмента ST на ЭКГ
 - в) вариантной стенокардии
 - г) инфаркта миокарда
 - д) эмболии периферических артерий
040. По классификации болезней ВОЗ формами ишемической болезни сердца являются
- а) внезапная смерть (первичная остановка кровообращения)
 - б) нарушения сердечного ритма
 - в) сердечная недостаточность
 - г) все перечисленные
 - д) ни одна из перечисленных
041. Наибольшее значение при определении риска развития инфаркта миокарда у больного со стенокардией напряжения имеет
- а) снижение толерантности к физической нагрузке
 - б) число пораженных коронарных артерий
 - в) количество перенесенных инфарктов миокарда
 - г) возраст
 - д) интенсивность болевого синдрома
042. Для стенокардии Принцметала характерны все перечисленные признаки, кроме
- а) циклического характера
 - б) возникновения болей в покое ночью
 - в) подъема сегмента ST выше изолинии во время приступа
 - г) появления болей при нагрузке
 - д) равенства периода нарастания боли периоду ее исчезновения
043. В патогенезе коронарной недостаточности определяющим фактором является
- а) недостаточность оксигенации крови
 - б) повышение потребности миокарда в кислороде
 - в) несоответствие коронарного кровотока потребностям миокарда
 - г) все перечисленное
044. К факторам риска ишемической болезни сердца относятся

- а) артериальная гипертензия
- б) психоэмоциональные нагрузки
- в) курение
- г) ожирение
- д) все перечисленные

045. Непосредственной причиной возникновения приступа стенокардии может быть
- а) волнение
 - б) выход на холод
 - в) физическая нагрузка
 - г) повышение артериального давления
 - д) все перечисленное

Задача (тест 046)

046. Мужчина 47 лет в течение двух месяцев жалуется на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м, или при подъеме по лестнице на 3-й этаж. Изредка боли появляются и в покое.
1. Данный случай стенокардии можно классифицировать как
 - а) нестабильная стенокардия
 - б) промежуточная форма ишемической болезни сердца
 - в) стабильная стенокардия напряжения
 - г) вариантная стенокардия
 - д) впервые возникшая стенокардия
 2. Стенокардию у этого больного можно отнести к функциональному классу
 - а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
 - д) функциональный класс определить невозможно
047. К характерным нарушениям гемостаза при ишемической болезни сердца относят
- а) склонность к повышенной агрегации тромбоцитов
 - б) активацию плазменных факторов свертывающей системы крови
 - в) снижение фибринолитической активности крови
 - г) снижение тромборезистентности сосудистой стенки
 - д) все перечисленные

Задача (тест 048)

048. Больной 50 лет в последний год отмечает по ночам боли в области верхней трети грудины, которые продолжаются около 15 мин, проходят самостоятельно или после приема нитроглицерина; АД - 120/80 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту, ЭКГ покоя без патологических изменений. Проба с физической нагрузкой отрицательная при высокой толерантности к нагрузке. На ЭКГ во время приступа более зарегистрирован подъем сегмента ST в грудных отведениях.
1. Наиболее вероятный диагноз
 - а) кардиалгия
 - б) нейроциркуляторная дистония
 - в) стенокардия напряжения
 - г) вариантная стенокардия
 - д) обструктивная кардиопатия
 2. Больному следует назначить
 - а) антиагреганты
 - б) β -адреноблокаторы
 - в) каптоприл
 - г) коринфар
 - д) все перечисленное
049. В основе вариантной стенокардии лежит
- а) стенозирующий атеросклероз коронарных артерий

- б) спазм коронарных артерий
 - в) тромбоз коронарных артерий
 - г) повышение потребности миокарда в кислороде
 - д) повышение вязкости крови
050. К понятию нестабильной стенокардии относится
- а) впервые возникшая стенокардия
 - б) прогрессирующая стенокардия
 - в) вариантная стенокардия
 - г) все перечисленное
051. Для митрального стеноза характерна следующая аускультативная симптоматика:
- 1) хлопающий I тон на верхушке сердца
 - 2) акцент II тона на верхушке сердца
 - 3) щелчок открытия митрального клапана
 - 4) мезодиастолический и пресистолический шумы на верхушке сердца
 - 5) систолический шум на верхушке сердца
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 4, 5
 - в) верно 1, 3, 4
 - г) верно 1, 5, 3
 - д) верно 2, 5, 3
052. Признаками преобладания митрального стеноза при сочетанном митральном пороке сердца являются:
- 1) выраженный систолический шум на верхушке сердца
 - 2) ослабление I тона на верхушке сердца
 - 3) хлопающий I тон на верхушке сердца
 - 4) интервал между II тоном и щелчком открытия митрального клапана на ФКГ - 0.06 с
 - 5) интервал Q - I тон - 0.09 с
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 3, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
053. Признаками преобладания недостаточности митрального клапана при митральном пороке сердца являются:
- 1) ослабление I тона на верхушке сердца
 - 2) гипертрофия левого желудочка
 - 3) мерцательная аритмия
 - 4) продолжительный систолический шум на верхушке сердца
 - 5) ритм "перепела"
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 4, 5
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 1, 2, 5
 - д) верно 1, 3, 5
054. На ЭКГ при митральном стенозе выявляются
- а) признаки гипертрофии правого желудочка и левого предсердия
 - б) признаки гипертрофии левого желудочка
 - в) блокада левой передней ветви пучка Гиса
 - г) горизонтальное положение электрической оси сердца
 - д) ничего из перечисленного
055. Признаками активной легочной гипертензии при митральном стенозе являются все перечисленные, кроме
- а) фиксированного снижения минутного и ударного объемов крови
 - б) высокого градиента давления, выявляемого при зондировании легочной артерии или доплерэхокардиографии
 - в) гипертрофии правых отделов сердца на ЭКГ
 - г) застоя в легких центрального типа
 - д) нормального II тона на легочной артерии
056. Женщина 30 лет страдает митральным стенозом. В период беременности при сроке 8 месяцев появились рецидивирующие отеки легких. Наиболее рациональное вмешательство

- а) терапия сердечными гликозидами
 - б) прерывание беременности
 - в) неотложная комиссуротомия
 - г) кровопускания
 - д) назначение постельного режима до родов
057. Неотложная терапия отека легких при митральном стенозе и синусовом ритме включает применение
- 1) дигиталиса
 - 2) нитроглицерина
 - 3) лазикса внутривенно
 - 4) коргликона или строфантина в малых дозах
 - 5) строфантина в полных дозах
- а) верно 1, 3, 5
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 1, 2, 3
 - г) верно 2, 3, 5
 - д) верно 1, 3, 4
058. Митральный стеноз следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) пролапса митрального клапана
 - б) дефекта межпредсердной перегородки
 - в) недостаточности аортального клапана
 - г) миксомы левого предсердия
 - д) коарктации аорты
059. Показаниями для комиссуротомии у больных, страдающих митральным стенозом, являются:
- 1) недостаточность кровообращения
 - 2) легочная гипертензия
 - 3) тромбоэмболии
 - 4) шум Грэхема - Стила
 - 5) мерцательная аритмия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 2, 3, 4
060. Противопоказанием к комиссуротомии у больных ревматическим митральным пороком является
- а) перенесенная в прошлом эмболия в сосуды мозга
 - б) III стадия стеноза (по хирургической классификации)
 - в) преобладание недостаточности митрального клапана
 - г) пожилой (старше 50 лет) возраст больных
 - д) отсутствие на ЭКГ типичных признаков данного порока
061. После имплантации митрального протеза терапия антикоагулянтами непрямого действия проводится
- а) в течение 1 мес после операции
 - б) в течение 2 мес после операции
 - в) в течение 10 лет после операции
 - г) пожизненно
 - д) не проводится вовсе
062. Причинами развития недостаточности аортального клапана могут быть все перечисленные, кроме
- а) ревматизма
 - б) синдрома Марфана
 - в) инфекционного эндокардита
 - г) инфаркта миокарда
 - д) расслаивающей аневризмы аорты
063. Для недостаточности аортального клапана характерны:
- 1) ослабление I тона на верхушке сердца
 - 2) ослабление II тона на основании сердца
 - 3) протодиастолический шум в зоне проекции аортального клапана
 - 4) признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ
 - 5) признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ
- а) верно 1, 4

- б) верно 2, 3, 5
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 2, 3
064. Причиной подклапанного стеноза устья аорты является
- а) ревматизм
 - б) инфекционный эндокардит
 - в) гипертрофия межжелудочковой перегородки при гипертрофической кардиомиопатии
 - г) атеросклероз
 - д) травма грудной клетки
065. Аускультативной особенностью идиопатического гипертрофического субаортального стеноза является
- а) наличие систолического ромбовидного шума в III-IV межреберье по левому краю грудины
 - б) отсутствие проведения данного шума на сонную артерию
 - в) динамический характер интенсивности шума
 - г) наличие в части случаев систолического шума митральной регургитации над митральным клапаном
 - д) все перечисленное
066. Стеноз устья аорты приводит
- а) к повышению систолического давления в аорте
 - б) к повышению систолического давления в левом желудочке
 - в) к увеличению минутного объема сердца
 - г) к снижению давления в левом предсердии
 - д) к легочной гипертензии
067. Для органической недостаточности трехстворчатого клапана характерно все перечисленное, кроме
- а) систолического шума над мечевидным отростком
 - б) ритма "перепела"
 - в) положительного венного пульса
 - г) гипертрофии правых отделов сердца
 - д) симптома Плеша
068. Наиболее характерным рентгенологическим признаком коарктации аорты является
- а) аортальная конфигурация сердца
 - б) узурация ребер
 - в) расширение и удлинение аорты
 - г) узость восходящей части грудной аорты
069. Для коарктации аорты характерно
- а) повышение системного артериального давления
 - б) повышение артериального давления только на нижних конечностях
 - в) повышение артериального давления только на верхних конечностях
 - г) все перечисленное неверно
070. Определяемый с детства систолодиастолический шум во II-III межреберье слева наиболее характерен
- а) для митрального порока сердца
 - б) для дефекта межжелудочковой перегородки
 - в) для открытого артериального протока
 - г) для коарктации аорты
 - д) для функциональных состояний гемодинамики детского возраста
071. Для болезни Роже характерно:
- 1) цианоз
 - 2) систолический шум на груди, проводящийся влево и вправо
 - 3) гипертрофия обоих желудочков сердца
 - 4) пресистолический шум на верхушке сердца
 - 5) ритм "галопа"
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 3, 4, 5
 - д) верно 1, 3, 5

072. Если на верхушке сердца выслушивается непостоянный диастолический шум, зависящий от положения больного, следует предполагать
- отрыв сосочковой мышцы
 - недостаточность митрального клапана
 - миксому левого предсердия
 - митральный стеноз
 - врожденные пороки сердца
073. Усиление II тона над легочной артерией характерно для всего перечисленного, кроме
- митрального порока сердца
 - первичной легочной гипертензии
 - вторичной легочной гипертензии при хронических неспецифических заболеваниях легких
 - аортальных пороков сердца
 - рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии
074. Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы характерны
- для митрального порока сердца
 - для стеноза устья аорты
 - для недостаточности аортального клапана
 - для порока трехстворчатого клапана
 - для врожденных пороков сердца
075. Для тетрады Фалло характерно все перечисленное, кроме
- цианоза кожных покровов
 - утолщения пальцев в виде барабанных палочек
 - гипертрофии правого желудочка
 - систолического шума с эпицентром во II-III межреберье у левого края грудины
 - легочной гипертензии
076. К группе риска заболеваемости гипертонической болезнью относят все перечисленное, кроме
- наследственного предрасположения
 - избыточного потребления соли
 - язвенной болезни
 - избыточного веса
 - низкой физической активности, хронического стресса
077. Гуморальными депрессорными системами человека являются:
- ангиотензин-II
 - кинин-калликреиновая система почек
 - альдостерон
 - простагландины почечного и эндотелиального происхождения
 - вазопрессин
 - натрийуретический гормон предсердий сердца
- верно 1, 2, 3
 - верно 5, 6
 - верно 2, 4, 6
 - верно 2, 3, 5
 - верно 1, 3, 4
078. Конечным итогом мембранных нарушений при гипертонической болезни является перегрузка клеток
- K^+
 - Ca^{++}
 - Mg^{++}
 - всем перечисленным
079. Следствием перегрузки клеток ионами кальция у больных гипертонической болезнью является:
- усиление сократительной способности гладкомышечных клеток артериол
 - ослабление работы сердца
 - усиление симпатической активности
 - задержка Na^+ в клетках

- 5) потеря Na^+ организмом
 а) верно 1, 2, 5
 б) верно 1, 3, 4
 в) верно 1, 2, 4
080. Гуморальными прессорными системами являются
 1) катехоламины
 2) ангиотензин-II
 3) брадикинин
 4) альдостерон
 5) барорецепторы дуги аорты
 а) верно 1, 2, 3
 б) верно 1, 2, 4
 в) верно 2, 4, 5
 г) верно 1, 2, 5
081. Уровень артериального давления определяется
 а) работой сердца (минутным объемом)
 б) периферическим сопротивлением
 в) обоими факторами
082. Ведущее значение в патогенезе гипертонической болезни имеют все перечисленные факторы, кроме
 а) наследственных или приобретенных нарушений клеточных мембран с электролитными нарушениями
 б) повышенной реактивности симпатической нервной системы
 в) дефицита (или истощения) депрессорных систем
 г) повышенной активности системы ренин - ангиотензин-II - альдостерон
 д) снижения содержания кальция в гладкомышечных клетках стенок артериол
083. По содержанию ренина выделяют формы артериальной гипертензии
 а) норморениновую
 б) гипорениновую
 в) гиперрениновую
 г) все перечисленные
084. Объем-зависимая форма гипертонической болезни характеризуется содержанием ренина
 а) высоким
 б) нормальным
 в) низким
085. Для гиперкинетического клинко-патогенетического варианта гипертонической болезни характерно
 а) повышение периферического сопротивления
 б) увеличение работы сердца
 в) задержка соли и воды
086. Для вазоспастического клинко-патогенетического варианта гипертонической болезни характерно
 а) высокое периферическое сопротивление
 б) увеличение работы сердца
 в) понижение эластичности восходящей части аорты
087. К повышению периферического сопротивления приводят:
 1) гиперкатехоламинемия
 2) избыток Ca^{++} в гладкомышечных клетках сосудов
 3) усиленная работа сердца
 4) избыток Na^+ и воды в гладкомышечных клетках артериол
 5) усиление активности кинин-калликреиновой системы почек
 а) верно 1, 2, 3
 б) верно 1, 2, 3, 4
 в) верно 1, 2, 4
 г) верно 1, 2, 4, 5
088. К усилению работы сердца приводит:
 1) усиление активности симпатической нервной системы
 2) избыток Ca^{++} в кардиомиоцитах
 3) активация депрессорных систем
 4) недостаточный синтез натрийуретического гормона предсердий
 5) все перечисленное

- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2, 4
 - в) верно 1, 2
 - г) верно 5
 - д) верно 2, 3, 4
089. Для гиперкинетического варианта гипертонической болезни характерно все перечисленное, кроме
- а) тахикардии
 - б) усиления I тона на верхушке сердца
 - в) высокого диастолического давления
 - г) высокого минутного объема крови
 - д) лабильности АД
090. Стабильность АД, гипертрофия левого желудочка, ретинопатия, низкий удельный вес мочи характерны для стадии ишемической болезни
- а) I
 - б) II
 - в) III
091. Признаками злокачественной гипертензии являются:
- 1) диастолическое давление, превышающее 130 мм рт. ст.
 - 2) лабильное АД
 - 3) высокое АД, рефрактерное к лечению обычными гипотензивными средствами
 - 4) выраженная гипертоническая ангиопатия сетчатки
 - 5) отсутствие изменений на ЭКГ
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3, 5
 - в) верно 1, 3, 4
 - г) верно 3, 4, 5
092. Для синдрома Кона характерно все перечисленное, кроме
- а) гипокалиемии
 - б) гиперренинемии
 - в) гипокалиемического алкалоза
 - г) судорожного синдрома
 - д) высокого содержания альдостерона в крови
093. Методы исследования, позволяющие подтвердить предполагаемый диагноз феохромоцитомы:
- 1) определение ванилил-миндальной кислоты в моче
 - 2) определение альдостерона в моче
 - 3) сцинтиграфия надпочечников с помощью меченного ^{131}J холестерина
 - 4) аортография
 - 5) фармакологические пробы с гистамином и фентоламином
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3, 4
 - в) верно 1, 3, 5
094. Для реноваскулярной гипертензии характерно:
- 1) гиперальдостеронизм
 - 2) гиперренинемия
 - 3) гиперкатехоламинемия
 - 4) признаки стеноза почечных (одной или двух) артерий на ангиограмме
 - 5) положительный эффект терапии диуретиками
- а) верно 1, 3
 - б) верно 2, 4
 - в) верно 2, 3, 5
 - г) верно 1, 2
 - д) верно 1, 5
095. В дифференциальной диагностике болезни Иценко - Кушинга и синдрома Иценко - Кушинга (кортикостеромы надпочечников) решающее значение имеет
- а) рентгенография черепа
 - б) УЗИ надпочечников
 - в) исследование содержания кортизола в крови
 - г) проба с дексаметазоном
 - д) проба с верошпироном

096. Развитию геморрагических инсультов при гипертонической болезни способствует все перечисленное, кроме
- а) гипертонических кризов
 - б) аневризматических изменений сосудов
 - в) усиления свертывающей активности крови
 - г) приобретения АД злокачественного характера и стабилизации высокого АД
097. Развитию ишемических инсультов при гипертонической болезни способствуют
- а) ишемический гипертонический криз
 - б) нарушение тромборезистентности сосудов
 - в) применение медикаментов, вызывающих слишком быстрое снижение АД в период гипертонического криза
 - г) атеросклероз
 - д) все перечисленное
098. При ангиогипотоническом варианте гипертонического криза наблюдается дистония следующих сосудов головного мозга
- а) артериол и артерий
 - б) вен
099. Клиническими признаками церебрального ангиогипотонического криза являются:
- 1) высокое АД
 - 2) умеренно повышенное АД
 - 3) головные боли затылочной локализации, их иррадиация в глазные яблоки
 - 4) тошнота, рвота, сонливость
 - 5) симптомы резкой активации симпатoadреналовой системы
- а) верно 1, 3, 4
 - б) верно 1, 4, 5
 - в) верно 2, 3, 4
100. Клиническими особенностями церебрального ишемического гипертонического криза являются все перечисленные, кроме
- а) высокого АД
 - б) диффузной головной боли
 - в) микроочаговых неврологических нарушений
 - г) сохранения в начале криза деловой активности
 - д) быстрого положительного эффекта мочегонных
101. Электрокардиографическими признаками синдрома Вольфа - Паркинсона - Уайта являются:
- а) ширина комплекса QRS, превышающая 0.10 с
 - б) интервал P-Q ≤ 0.11 с
 - в) наличие δ -волны
 - г) все перечисленные
 - д) верно а) и в)
102. Электрокардиографическими признаками синдрома Фридерика являются
- а) нерегулярный ритм желудочков
 - б) мерцание или трепетание предсердий
 - в) полная атриовентрикулярная блокада
 - г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)
103. Наиболее характерными признаками синоатриальной блокады являются
- а) периодическое выпадение отдельных сердечных циклов (зубцов P и комплексов QRS) с интервалами, равными или несколько меньшими, чем 2 или 3 интервала основного ритма
 - в) двугорбый зубец P
 - г) трепетание предсердий
 - д) все перечисленные
104. Для полной атриовентрикулярной блокады проксимального уровня характерно
- а) уменьшение частоты сокращений желудочков (менее 40 в минуту)

- б) широкий комплекс QRS, равные по продолжительности интервалы R-R, разные интервалы P-Q
 - в) нормальный по ширине комплекс QRS, равные интервалы R-R, изменение положения P по отношению к QRS
 - г) блокада левой ножки пучка Гиса
 - д) различные по продолжительности интервалы R-R
105. Частота сокращения предсердий при их трепетании колеблется в пределах
- а) 150-175 в минуту
 - б) 175-200 в минуту
 - в) 250-300 в минуту
 - г) 300-350 в минуту
 - д) свыше 350 в минуту
106. Полную атриовентрикулярную блокаду диагностируют по ЭКГ на основании
- а) независимости появления предсердных и желудочковых комплексов при правильном ритме желудочковых комплексов
 - б) увеличения интервала P-Q (более 0.2 с)
 - в) отсутствия зубцов P
 - г) укорочения интервала P-Q (менее 0.1 с)
 - д) наличия периодики Венкебаха - Самойлова
107. При синдроме Вольфа - Паркинсона - Уайта:
- 1) ЭКГ может имитировать картину инфаркта миокарда
 - 2) периодически возникают пароксизмальные нарушения ритма
 - 3) затруднена диагностика по ЭКГ ишемии и инфаркта миокарда, гипертрофии желудочков и др.
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2
 - в) верно 3
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
108. Наиболее характерными признаками синдрома слабости синусового узла являются
- а) наличие синоатриальной блокады
 - б) синдром тахикардии-брадикардии
 - в) наличие атриовентрикулярной блокады I степени
 - г) отсутствие зубца P
 - д) верно а) и б)
109. Наиболее достоверными электрокардиографическими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются
- а) глубокий зубец Q в отведениях V₄-V₆
 - б) депрессия сегмента ST в I, II и aVL отведениях
 - в) депрессия сегмента ST во II, III и aVF отведениях
 - г) синдром S₁-Q₃ и смещение вверх сегмента ST в отведениях III, V₁, V₂
 - д) инверсия зубца T в грудных отведениях
110. Причинами полной атриовентрикулярной блокады могут быть все перечисленные, кроме
- а) приема препаратов наперстянки
 - б) острого ревматизма
 - в) ишемической болезни сердца
 - г) приема хинидина
 - д) приема эфедрина
111. Рентгенологическим признаком легочного сердца является
- а) понижение прозрачности легочных полей
 - б) повышение прозрачности легочных полей
 - в) выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
 - г) удлинение нижней дуги по левому контуру во II косом положении
 - д) сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме
112. Электрокардиографическими признаками хронического легочного сердца в период легочно-сердечной недостаточности могут быть

- а) отклонение электрической оси сердца вправо (угол $\alpha > +110^\circ$)
 - б) отношение R/Q в отведении aVR превышает 1
 - в) отношение R/S в отведении V₁ превышает 1
 - г) $R_{V1} + S_{V5} \geq 10.5$ мм
 - д) все перечисленные
113. Самой частой причиной развития хронического легочного сердца является
- а) хронический обструктивный бронхит
 - б) туберкулез легких
 - в) интерстициальный легочный фиброз (синдром Хаммана - Рича)
 - г) тромбоэмболия легочной артерии
 - д) кифосколиоз
114. Электрокардиографическим признаком неполной атриовентрикулярной блокады II степени, II типа (по Мобитцу) является
- а) соответствие числа желудочковых комплексов числу предсердных комплексов
 - б) отсутствие "фиксированного" интервала P-Q и отдельных комплексов QRST
 - в) выпадение отдельных комплексов QRST при сохранности зубца P и фиксированного интервала PQ
 - г) наличие отрицательных зубцов P после QRS
 - д) наличие δ -волны и укорочение интервала PQ
115. Атриовентрикулярная блокада II степени, I типа (по Мобитцу) с периодами Венкебаха - Самойлова характеризуется
- а) увеличением интервала P-Q (более 0.2 с)
 - б) постепенным увеличением интервала P-P в последующих циклах и периодическим исчезновением зубца P и комплекса QRST
 - в) нормальным интервалом P-Q и периодическим исчезновением зубца P
 - г) постепенным увеличением интервала P-Q в последующих циклах и периодическим исчезновением комплекса QRST при сохранении в паузе зубца P
116. Электрокардиографические признаки синусовой брадикардии
- а) сохранение правильного синусового ритма с частотой 40-59 в минуту
 - б) колебания продолжительности интервалов P-P превышают 0.15 с при частоте синусового ритма 60-90 в минуту
 - в) наличие "узкого" комплекса QRS
 - г) отсутствие зубцов P на ЭКГ
117. Признаком предсердной экстрасистолы является
- а) преждевременное появление зубца P, отличающегося от P остальных циклов, со следующим за ним комплексом QRS
 - б) наличие полной компенсаторной паузы после преждевременного сокращения
 - в) отрицательные зубцы P перед комплексами QRS, идущими в регулярном ритме
 - г) зубец P следует за комплексом QRS
 - д) все перечисленное
118. Электрокардиографическим признаком желудочковой экстрасистолы является
- а) уширенный комплекс QRS (≥ 0.12 с), который следует за зубцом P
 - б) неполная компенсаторная пауза после экстрасистолы
 - в) преждевременное появление широкого экстрасистолического комплекса без предшествующего зубца P, компенсаторная пауза полная
 - г) наличие зубца P перед экстрасистолическим комплексом QRS
 - д) все перечисленное
119. При дилатационной кардиомиопатии отмечается
- а) диффузное снижение сократительной способности миокарда
 - б) локальное снижение сократительной способности миокарда
 - в) повышение сократительной способности миокарда
 - г) утолщение межжелудочковой перегородки
 - д) верно в) и г)

120. Применение витаминов группы В показано
- а) при обструктивной кардиомиопатии
 - б) при дилатационной кардиомиопатии
 - в) при алкогольной миокардиодистрофии
 - г) при миокардите
 - д) при постинфарктном кардиосклерозе
121. Инфекционный эндокардит развивается чаще всего
- а) при ишемической болезни сердца
 - б) при синдроме слабости синусового узла
 - в) при ревматических пороках сердца
 - г) при дефекте межпредсердной перегородки
 - д) при кардиомиопатии
122. В дифференциальной диагностике инфекционного эндокардита и ревматизма решающее значение имеют
- а) гепатомегалия
 - б) наличие митрального порока сердца
 - в) увеличение селезенки
 - г) "вегетации" на клапанах сердца
 - д) верно в) и г)
123. Самой частой причиной смерти больного с инфекционным эндокардитом является
- а) абсцессы миокарда
 - б) почечная недостаточность
 - в) тромбоэмболия мозговых артерий
 - г) интоксикация
 - д) застойная недостаточность кровообращения
124. Эндокардит Либмана - Сакса - это
- а) бактериальный эндокардит
 - б) эндокардит при системной красной волчанке
 - в) ревматический эндокардит
 - г) терминальный эндокардит
 - д) подострый септический эндокардит
125. Этиология слипчивого перикардита может быть:
- 1) туберкулезной
 - 2) бактериальной
 - 3) вирусной
- а) верно 1, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 3
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
126. Самой частой причиной экссудативного перикардита является
- а) распространение процесса с других органов
 - б) туберкулез
 - в) сепсис
 - г) ревматизм
 - д) новообразование
127. Признаки правожелудочковой недостаточности при малом сердце и отсутствии верхушечного толчка характерны
- а) для идиопатической кардиомиопатии
 - б) для недостаточности митрального клапана
 - в) для артериальной гипертензии
 - г) для констриктивного перикардита
 - д) для аневризмы аорты
128. Эозинофилия в анализе крови часто наблюдается при одном из следующих заболеваний
- а) гипертрофической кардиомиопатии
 - б) фибропластическом пристеночном эндокардите
 - в) ревматизме
129. Систолический шум при гипертрофической обструктивной кардиомиопатии похож на шум, возникающий
- а) при стенозе устья аорты
 - б) при коарктации аорты

- в) при недостаточности трехстворчатого клапана
 - г) при дефекте межжелудочковой перегородки
 - д) при открытом артериальном (Боталловом) протоке
130. Для гипертрофической обструктивной кардиомиопатии характерно
- а) сужение пути оттока из левого желудочка
 - б) недостаточность митрального клапана
 - в) гипертрофия левого желудочка
 - г) внезапная смерть
 - д) все перечисленное
131. Выбор препарата для лечения гипертонической болезни (ГБ) всегда сложен. Наиболее правильным принципом подбора является
- а) учет стадии ГБ и степени повышения АД
 - б) учет клинико-патофизиологического варианта ГБ (причин повышения АД и ее выраженности в каждом конкретном случае)
 - в) ступенчатый подбор назначения монотерапии во всех случаях ГБ
 - г) острые лекарственные пробы
 - д) ориентировка на возраст больных
132. Основные препараты, наиболее эффективные в лечении объем-зависимой формы гипертонической болезни:
- 1) обзидан
 - 2) клофелин
 - 3) триампур
 - 4) коринфар
 - 5) каптоприл
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
133. При лечении гиперкинетической формы гипертонической болезни наиболее эффективен
- а) обзидан
 - б) салуретики
 - в) каптоприл
 - г) коринфар
 - д) миноксидил
134. У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение
- а) дилтиазема
 - б) анаприлина
 - в) каптоприла (капотена)
135. Для лечения гипертонической болезни I стадии показаны все перечисленные препараты, кроме
- а) коринфара
 - б) гипотиозида
 - в) анаприлина
 - г) клофелина
 - д) раунатина
136. Для длительно существующей артериальной гипертензии типичен следующий гемодинамический тип кровообращения
- а) гиперкинетический
 - б) эукинетический
 - в) гипокинетический
137. Абдоминальная ишемия, обусловленная неспецифическим аortoартериитом, клинически проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) болей на высоте пищеварения
 - б) неустойчивого стула со сменой поносов и запоров, похудания
 - в) усиленной пульсации брюшных сосудов
138. Причинами вазоренальной гипертензии могут быть
- а) атеросклеротические поражения с тромбозом почечной артерии
 - б) эмболия почечной артерии

- в) неспецифический аортоартериит с вазоренальным синдромом
 - г) все перечисленные
139. У больных с феохромоцитомой могут выявляться все перечисленные симптомы, кроме
- а) злокачественной артериальной гипертензии
 - б) выраженных изменений глазного дна
 - в) гипогликемии
 - г) гипертонических кризов
140. Для гипертонических кризов при феохромоцитоме характерно
- а) головная боль
 - б) боль в сердце, сердцебиение
 - в) тошнота, рвота
 - г) гипергликемия
 - д) все перечисленное
141. Клиническая картина синдрома Кона складывается из всех перечисленных симптомов, кроме
- а) мышечной слабости, судорог, парестезии
 - б) полиурии, полидипсии, альбуминурии
 - в) сдвига рН крови в сторону ацидоза
 - г) повышения АД
142. Основными клиническими признаками миокардитов являются все перечисленные, кроме
- а) болей в области сердца постоянного характера
 - б) болей в области сердца непостоянного характера
 - в) сердцебиений
 - г) субфебрильной температуры
 - д) одышки
143. Для миокардитов характерно
- а) расширение границ сердца
 - б) приглушенность тонов
 - в) систолический шум у верхушки
 - г) все перечисленное
144. Основными электрокардиографическими признаками миокардитов являются
- а) снижение амплитуды зубца Т
 - б) инверсия зубца Т
 - в) нарушение проводимости
 - г) нарушение возбудимости
 - д) все перечисленные
145. Для постановки диагноза аллергического миокардита необходимо выяснить
- а) наличие в анамнезе аллергического заболевания
 - б) непереносимость ряда лекарств, пищевых продуктов
 - в) реакцию на введение вакцин, сывороток
 - г) наличие скрытого периода аллергического воздействия
 - д) все перечисленное
146. Острый миокардит может проявиться синдромами
- а) асистолическим
 - б) аритмическим
 - в) болевым (инфарктоподобным)
 - г) псевдоклапанным
 - д) всеми перечисленными
147. Основными жалобами больных при асимметричной гипертрофической кардиомиопатии являются
- а) головокружения
 - б) обморочные состояния
 - в) боли в области сердца
 - г) все перечисленные
148. Клиническими проявлениями дилатационной (застойной) кардиомиопатии являются
- а) одышка
 - б) сердцебиение
 - в) пароксизмальная тахикардия и мерцательная аритмия

- г) нарушение сердечной проводимости
 - д) все перечисленные
149. Все указанное ниже верно, кроме
- а) при болевой форме климактерической миокардиодистрофии боли чаще локализуются в левой половине грудной клетки, носят продолжительный характер, эмоционально ярко окрашены, от нитроглицерина и в покое не проходят, во время физической нагрузки могут усиливаться
 - б) анемическая миокардиодистрофия обусловлена, в основном, нарушением окислительных процессов в миокарде в ответ на гипоксию, что проявляется дилатацией сердца, снижением сократительной функции миокарда, признаками сердечной недостаточности
 - в) для декомпенсированного тиреотоксического сердца характерен левожелудочковый тип недостаточности кровообращения
 - г) микроангиопатии при сахарном диабете, с одной стороны, способствуют дистрофии миокарда, с другой, - усугубляют нарушения коронарного кровообращения
150. Алкогольная миокардиодистрофия может проявляться любым из перечисленных синдромов, кроме
- а) кардиалгического
 - б) аритмического
 - в) недостаточности кровообращения
 - г) тромбоэмболий
 - д) гипертонического
151. Возбудителями инфекционного эндокардита могут являться
- а) стафилококк
 - б) зеленящий стрептококк
 - в) энтерококк
 - г) грибы
 - д) все перечисленные
152. Первичными очагами инфекции при бактериальном эндокардите являются
- а) миндалины, среднее ухо, околоносовые пазухи
 - б) зубные гранулемы
 - в) желчные пути, мочевого пузыря, кишечник, половые органы и др.
 - г) все перечисленные
153. К основным патогенетическим звеньям инфекционного эндокардита относятся все перечисленные, кроме
- а) наличия очага инфекции с непостоянной бактериемией
 - б) стерильного иммунитета
 - в) сенсibilизации организма
 - г) ослабления или прорыва иммунитета под влиянием внешних или внутренних причин и появления стойкой бактериемии
 - д) оседания возбудителя инфекции на клапанах сердца и возникновения вторичного бактериального очага
154. Для инфекционного эндокардита характерно
- а) гематогенное распространение инфекции, возможные эмболии
 - б) продолжающаяся сенсibilизация организма с развитием аутоиммунных процессов
 - в) поражение других органов токсического и аллергического характера
 - г) все перечисленное
155. Наиболее характерными клиническими симптомами бактериального эндокардита являются все перечисленные, кроме
- а) лихорадки, ознобов
 - б) увеличения селезенки
 - в) увеличения печени
 - г) образования порока сердца (чаще недостаточности аортального клапана)
 - д) петехий на коже, кровоизлияний на слизистой оболочке нижних век, симптома Лукина - Либмана
156. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является
- а) эмболический инфаркт

- б) очаговый нефрит
 - в) диффузный нефрит
 - г) амилоидоз
 - д) все перечисленное
157. Характерными изменениями в периферической крови при инфекционном эндокардите являются все перечисленные, кроме
- а) анемии
 - б) лейкоцитоза
 - в) лейкопении
 - г) увеличения СОЭ
 - д) тромбоцитопении
158. При исследовании крови у больных с инфекционным эндокардитом без почечной недостаточности выявляют все перечисленное, кроме
- а) гипопроотеинемии
 - б) гипер-γ-глобулинемии
 - в) положительной формоловой и сулемовой пробы
 - г) положительной (неспецифической) реакции Вассермана
 - д) положительной гемокультуры
159. Наиболее специфический признак подострого бактериального эндокардита в ранней стадии
- а) лихорадка
 - б) потеря в весе
 - в) слабость
 - г) спленомегалия
 - д) анемия
160. Антибиотиком выбора при лечении стрептококкового эндокардита следует считать
- а) цефалоспорин
 - б) пенициллин и стрептомицин
 - в) гентамицин
161. Наиболее частой причиной смерти при подостром бактериальном эндокардите является
- а) абсцессы миокарда
 - б) почечная недостаточность
 - в) разрывы клапанов сердца
 - г) бактериальный шок
 - д) сердечная недостаточность
162. Перикардит может развиваться
- а) при остром ревматизме
 - б) при туберкулезе
 - в) при пневмонии
 - г) при инфаркте миокарда
 - д) при всех перечисленных заболеваниях
163. Выраженность клинической симптоматики при выпоте в перикард зависит, в основном
- а) от количества выпота
 - б) от тяжести основного заболевания
 - в) от скорости появления выпота
 - г) от присутствия или отсутствия крови в жидкости
164. Очаг притупления у угла левой лопатки с усилением бронхофонии в той же области обычно связан
- а) с инфарктом миокарда
 - б) с митральным стенозом
 - в) с экссудативным (выпотным) перикардитом
 - г) с констриктивным перикардитом
 - д) с узелковым периартериитом
165. Наиболее частой причиной констриктивного (сдавливающего) перикардита следует считать
- а) острый ревматизм
 - б) опухоль
 - в) острый идиопатический перикардит

- г) туберкулез
166. Больным с острым бактериальным перикардитом противопоказано назначение
- постельного режима
 - салицилатов
 - постельного режима и салицилатов
 - антибиотиков
 - кортикостероидов
167. Мужчина 55 лет на протяжении двух недель жалуется на тупую боль в области сердца, одышку, ортопноэ. При обследовании выявляются приглушенность сердечных тонов, снижение на вдохе на 25 мм рт. ст. пульсового давления. Наиболее вероятный диагноз
- инфаркт миокарда
 - экссудативный (выпотной) перикардит
 - эмфизема легких с правожелудочковой недостаточностью
 - фибрилляция предсердия
 - синдром верхней полой вены
168. У больного экссудативным (выпотным) перикардитом в первые дни болезни может быть обнаружено все перечисленное, кроме
- большой пульсовой волны "А" на шее
 - скребущего шума над областью сердца
 - увеличения границ сердца
 - притупления в области угла левой лопатки
 - увеличения печени
169. Наиболее значительные изменения ЭКГ при остром перикардите характеризуются
- снижением сегмента S-T в грудных отведениях
 - подъемом сегмента S-T в стандартных и грудных отведениях
 - высоким остроконечным зубцом Т
 - удлинением интервала Q-T
 - укорочением интервала Q-T
170. Мезодиастолический или пресистолический шум у верхушки сердца связан:
- с митральным стенозом
 - с митральной недостаточностью
 - с аортальной недостаточностью
 - с аортальным стенозом
- верно 1, 2
 - верно 2, 3
 - верно 1
 - верно 2, 4
 - верно 3, 4
171. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается
- пароксизмальная предсердная тахикардия
 - трепетание предсердий
 - фибрилляция (мерцание) предсердий
 - атриовентрикулярная диссоциация
 - желудочковая экстрасистолия
172. Первыми симптомами митрального стеноза обычно являются
- одышка
 - приступы удушья
 - кровохарканье
 - сердцебиение
 - все перечисленные
173. С митральным стенозом связаны все перечисленные клинические симптомы, кроме
- болеи за грудиной
 - осиплости голоса
 - кашля
 - кровохарканья
 - тошноты и рвоты

174. "Грудная жаба" при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается
- а) при митральном стенозе
 - б) при митральной недостаточности
 - в) при стенозе устья легочной артерии
 - г) при стенозе устья аорты
 - д) при недостаточности аортального клапана
175. Признаки клапанного стеноза аорты, выявляющиеся при катетеризации левого желудочка сердца
- а) увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
 - б) снижение градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
 - в) увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путями оттока из левого желудочка
 - г) подъем давления в левом предсердии
 - д) резкий подъем давления в сосудах легких
176. Быстрый подъем пульсовой волны с последующим быстрым ее спаданием характерен
- а) для митрального стеноза
 - б) для митральной недостаточности
 - в) для аортального стеноза
 - г) для аортальной недостаточности
 - д) для коарктации аорты
177. Аортальная недостаточность может являться следствием
- а) расслаивающей аневризмы аорты
 - б) острого ревматизма
 - в) инфекционного эндокардита
 - г) злокачественной гипертензии
 - д) всего перечисленного
178. Пульсация печени может быть вызвана
- а) недостаточностью трехстворчатого клапана
 - б) недостаточностью аортального клапана
 - в) стенозом митрального отверстия
 - г) стенозом устья аорты
179. Причиной недостаточности клапанов аорты может быть:
- 1) системная красная волчанка
 - 2) расслаивающая аневризма аорты
 - 3) ишемическая болезнь сердца
 - 4) бактериальный эндокардит
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 4
180. К основным видам аритмий относятся
- а) аритмии, связанные с нарушением образования импульса
 - б) аритмии, обусловленные нарушением проведения импульса
 - в) аритмии, обусловленные комбинированными нарушениями образования и проведения импульса
 - г) фибрилляция предсердий и фибрилляция желудочков
 - д) все перечисленные
181. Проявлениями нарушений автоматизма являются
- а) синусовая тахикардия, брадикардия
 - б) синусовая аритмия
 - в) остановка синусового узла
 - г) эктопические ритмы
 - д) все перечисленные
182. По современным представлениям, электрофизиологическим механизмом развития мерцательной аритмии является нарушение
- а) синоатриальной проводимости

- б) внутрипредсердной проводимости
 - в) внутрижелудочковой проводимости
 - г) атриовентрикулярной проводимости
 - д) проведения импульса на уровне волокон Пуркинье в желудочках
183. Ведущая роль в происхождении аритмий принадлежит всем перечисленным факторам, кроме
- а) гипоксии
 - б) электролитных нарушений
 - в) действия катехоламинов
 - г) тканевого алкалоза
 - д) расстройства микроциркуляции
184. Из приведенных утверждений укажите верное
- а) при инфаркте миокарда в пораженных участках снижается содержание калия и магния и соответственно повышается содержание натрия и кальция
 - б) при фибрилляции сердца количество поступающего в клетку натрия превосходит количество калия, покидающего ее
 - в) при недостаточности кровообращения содержание натрия в сердечной мышце значительно выше, чем в здоровом миокарде
 - г) верны все утверждения
185. К основным группам современных противоаритмических препаратов относятся все перечисленные, кроме
- а) мембраностабилизирующих
 - б) адренергических
 - в) антагонистов кальция
 - г) препаратов, увеличивающих продолжительность потенциала действия
 - д) блокаторов β -адренергических рецепторов
186. В прогностическом отношении наиболее опасными желудочковыми экстрасистолами считаются
- а) ранние
 - б) политопные (полифокусные)
 - в) групповые
 - г) аллоритмия
187. Мерцательная аритмия встречается наиболее часто
- а) при ревматическом митральном пороке сердца
 - б) при атеросклеротическом кардиосклерозе
 - в) при тиреотоксикозе
 - г) при алкогольной миокардиодистрофии
 - д) при всех перечисленных состояниях
188. Все перечисленные утверждения верны, кроме
- а) мерцательная аритмия не приводит к недостаточности кровообращения
 - б) мерцательная аритмия опасна тем, что таит угрозу тромбоэмболических осложнений
 - в) мерцательная аритмия имеет две формы - хроническую (постоянную) и острую пароксизмальную (рецидивирующую)
189. Показаниями для электроимпульсной терапии являются все перечисленные, кроме
- а) мерцания желудочков (клиническая смерть)
 - б) желудочковой тахикардии
 - в) пароксизмальной тахикардии у больных в острой стадии инфаркта миокарда
 - г) наличия активного ревматического процесса
 - д) отсутствия эффекта от медикаментозной терапии при мерцании предсердий продолжительностью до одного года
190. Противопоказаниями к электроимпульсной терапии являются все перечисленные, кроме
- а) пароксизмальной тахикардии в острой стадии инфаркта миокарда
 - б) частых кратковременных приступов пароксизмальной тахикардии или тахикардии, если они устраняются самостоятельно или с помощью медикаментозных средств
 - в) сочетания постоянной мерцательной аритмии

- с пароксизмальной тахикардией
 - г) постоянной формы мерцательной аритмии, если в прошлом она неоднократно рецидивировала вскоре после ее устранения
 - д) постоянной формы мерцательной аритмии давностью свыше двух лет
191. Подготовка больных к плановой электроимпульсной терапии при мерцательной аритмии включает
- а) проведение антитромботической терапии
 - б) насыщение организма препаратами кальция
 - в) ликвидацию симптомов сердечной недостаточности
 - г) все перечисленное
192. Синдром слабости синусового узла характеризуется
- а) синусовой брадикардией
 - б) синоатриальной блокадой
 - в) головокружениями
 - г) пароксизмами мерцательной аритмии или наджелудочковой тахикардии
 - д) всем перечисленным
193. К возникновению синдрома слабости синусового узла предрасполагают
- а) ишемическая болезнь сердца
 - б) миокардиты
 - в) пороки сердца
 - г) перикардиты
 - д) все перечисленные заболевания
194. К синдрому слабости синусового узла относится
- а) постоянная синусовая брадикардия
 - б) синоатриальная блокада
 - в) синдром брадикардии-тахикардии
 - г) остановка (отказ) синусового узла
 - д) все перечисленное
195. Для лечения больных с брадиформой синдрома слабости синусового узла применяют все перечисленные препараты, кроме
- а) адrenoблокаторов
 - б) атропина
 - в) эуспирана
 - г) изадрина
196. Клиническими признаками полной атриовентрикулярной блокады сердца являются все перечисленные, кроме
- а) брадикардии, не меняющейся при пробе с нагрузкой
 - б) набухания и пульсации шейных вен
 - в) "пушечного" тона
 - г) снижения систолического АД
 - д) приступов Морганьи - Адамса - Стокса
197. Приступы Морганьи - Адамса - Стокса возникают
- а) при желудочковой асистолии
 - б) при фибрилляции желудочков
 - в) при трепетании желудочков
 - г) во всех перечисленных случаях
198. При малом сердечном выбросе вследствие недостаточности кровообращения
- а) нарушается микроциркуляция
 - б) падает парциальное давление кислорода
 - в) снижается диффузия кислорода из крови в ткань
 - г) возникает венозный застой и интерстициальный отек
 - д) верно все перечисленное
199. В возникновении отеков сердечного происхождения играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) повышения гидростатического давления в капиллярах и замедления кровотока
 - б) вторичного альдостеронизма с задержкой внеклеточного натрия
 - в) повышения проницаемости сосудистой стенки
 - г) нарушения белкового обмена со сдвигом в сторону мелкодисперсных белков
 - д) снижения окончательного давления плазмы

200. К миокардиальной форме сердечной недостаточности могут привести
- а) миокардиты
 - б) миокардиодистрофии
 - в) кардиомиопатии
 - г) ишемическая болезнь сердца
 - д) все перечисленное
201. К развитию сердечной недостаточности в связи с перегрузкой отделов сердца приводят:
- 1) миокардиты
 - 2) миокардиодистрофии
 - 3) пороки сердца
 - 4) гипертоническая болезнь
 - 5) симптоматические гипертензии
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
202. Смешанная форма недостаточности кровообращения может возникать
- а) при возвратном ревмокардите с пороком сердца
 - б) при ишемической болезни сердца с артериальной гипертензией после перенесенного инфаркта миокарда
 - в) и при том, и при другом
 - г) ни при том, ни при другом
203. К ранним клиническим симптомам недостаточности кровообращения относится все перечисленное, кроме
- а) одышки и сердцебиения, возникающих при физической нагрузке
 - б) появления цианоза губ при физической нагрузке
 - в) появления сухих хрипов в легких
 - г) увеличения диуреза
 - д) появления никтурии
204. К поздним клиническим симптомам недостаточности кровообращения относятся
- а) постоянные влажные хрипы в задненижних отделах легких
 - б) появление периферических отеков, асцита, анasarки
 - в) увеличение печени
 - г) гиперволемиа
 - д) все перечисленные
205. Недостаточность кровообращения характеризуется появлением одышки, утомляемости, сердцебиения только при нагрузке. Имеется гипертрофия миокарда. Трудоспособность снижена. Определите стадию недостаточности кровообращения по Стражеско - Василенко
- а) I стадия
 - б) IIА стадия
 - в) IIБ стадия
 - г) III стадия
206. Одышка и тахикардия постоянные и усиливаются после небольшой нагрузки, имеется миогенная дилатация сердца, застойные явления в малом круге, небольшое увеличение печени, трудоспособность больных резко ограничена. Определите стадию недостаточности кровообращения по Стражеско - Василенко
- а) I стадия
 - б) IIА стадия
 - в) IIБ стадия
 - г) III стадия
207. У больного имеются застойные явления в малом и большом круге кровообращения, увеличенная (застойная) печень, периферические отеки. При проведении кардиальной и мочегонной терапии симптомы недостаточности кровообращения уменьшаются.

- Трудоспособность утрачена.
Определите стадию недостаточности кровообращения по Стражеско - Василенко
- а) I стадия
 - б) IIА стадия
 - в) IIБ стадия
 - г) III стадия
208. У больного определяются цирроз печени, выраженные периферические отеки, асцит, гидроторакс, кахексия. Симптомы недостаточности кровообращения носят стойкий характер и плохо поддаются лечению.
Определите стадию недостаточности кровообращения по Стражеско - Василенко
- а) I стадия
 - б) IIА стадия
 - в) IIБ стадия
 - г) III стадия
209. Появление на ЭКГ первой положительной фазы зубца Р в отведении V_1 связывают
- а) с возбуждением левого предсердия
 - б) с возбуждением правого предсердия
 - в) с возбуждением обоих предсердий
 - г) с неправильно наложенными грудными электродами
 - д) с развитием острого инфаркта миокарда
210. Зубец Q на ЭКГ здорового человека отражает
- а) возбуждение межпредсердной перегородки
 - б) возбуждение основания правого желудочка
 - в) возбуждение левой половины межжелудочковой перегородки
 - г) время активации левого желудочка
 - д) электрическую систолу желудочков
211. На нормальной ЭКГ зубцы Q должны обязательно быть в наличии в отведениях
- а) V_1 - V_2
 - б) V_3
 - в) V_4 - V_6
 - г) aVR
 - д) aVF
212. Регистрация на ЭКГ зубца Q даже малой амплитуды является патологией в отведениях
- а) V_1 , V_2
 - б) V_4 - V_6
 - в) aVR, I, II, III
 - г) aVR
 - д) aVL
213. Больным с острым инфарктом миокарда и стабильной гемодинамикой при внутривенном введении 1% раствора нитроглицерина артериальное давление можно снижать (от исходной величины)
- а) на 30%
 - б) на 40%
 - в) на 50%
 - г) на 10-20%
 - д) на 5%
214. Минимальное количество преждевременных сокращений сердца подряд, которое считают эпизодом тахикардии
- а) 10-12 и более
 - б) 12-16 и более
 - в) 8 и более
 - г) 6 и более
 - д) 2 и более
215. Количество экстрасистол подряд, объединяемых в понятие "групповые" ("залповые") экстрасистолы

- а) 1-3
 - б) 3-5
 - в) 5-7
 - г) 7-10
 - д) 10-12
216. К стандартным отведениям ЭКГ относятся
- а) I, II, III
 - б) aVR, aVL, aVF
 - в) V1, V2, V3
 - г) V4, V5, V6
 - д) дорзалис, антериор, инфериор
217. К ранним электрокардиографическим признакам острого перикардита относится
- а) подъем выпуклого сегмента ST
 - б) подъем вогнутого сегмента ST
 - в) депрессия сегмента ST
 - г) отрицательный зубец Т
 - д) высокий заостренный зубец Т
218. При гипертрофической кардиомиопатии может иметь место
- а) сужение путей оттока из левого желудочка
 - б) митральная недостаточность
 - в) гипертрофия левого желудочка
 - г) внезапная смерть
 - д) все перечисленное
219. Мероприятия, необходимые при остро возникшей сердечной астме
- а) введение прессорных аминов
 - б) внутривенное введение фуросемида
 - в) прием эуфиллина внутрь
 - г) прием анаприлина внутрь
 - д) ингаляция симпатомиметика
220. Для левожелудочковой недостаточности характерны все перечисленные симптомы, за исключением
- а) одышки
 - б) "ритма галопа"
 - в) набухания шейных вен
 - г) крепитации у основания легких
 - д) сердечной астмы
221. При правожелудочковой недостаточности наблюдаются все перечисленные симптомы, за исключением
- а) отеков нижних конечностей
 - б) гипертензии в малом круге кровообращения
 - в) набухания шейных вен
 - г) значительного повышения давления в легочных капиллярах
 - д) повышения конечного диастолического давления в правом желудочке
222. Электрокардиографические признаки синдрома Фридерика
- а) атриовентрикулярная блокада III степени
 - б) редкие сокращения желудочков (пауза между комплексами QRS более 1500 мс)
 - в) синусовый ритм
 - г) ритм из атриовентрикулярного соединения
 - д) мерцание предсердий
 - е) блокада ножек пучка Гиса (индекс Лоуна более 100 мс)
223. Клинические проявления синдрома Фридерика - это
- а) редкий пульс
 - б) боли в области сердца
 - в) головокружения
 - г) слабость
 - д) повышение артериального давления
224. Диагноз "брадикардия" устанавливается на основании
- а) результатов рентгенологического исследования
 - б) анамнестических данных

- в) данных ЭКГ-исследования
 - г) жалоб больного
225. Брадикардии по характеру течения могут быть
- а) острыми
 - б) хроническими или постоянными
 - в) периодическими
 - г) подострыми
226. Брадикардии могут возникать вследствие
- а) передозировки сердечных гликозидов
 - б) оперативного вмешательства на сердце
 - в) врожденных аномалий
 - г) передозировки нитропрепаратов
227. Для проведения неотложных мероприятий при остро возникшей брадикардии наиболее эффективен
- а) атропин
 - б) изадрин
 - в) нифедипин (коринфар)
 - г) верапамил
228. К развитию брадикардии может привести передозировка следующих лекарственных препаратов
- а) сердечных гликозидов
 - б) β -блокаторов
 - в) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - г) нитропрепаратов пролонгированного действия
229. Показанием к имплантации искусственного водителя ритма (электрокардиостимулятора) является
- а) синдром Фридерика
 - б) атриовентрикулярная блокада I степени
 - в) атриовентрикулярная блокада II степени с приступами Морганьи - Адамса - Стокса
 - г) атриовентрикулярная блокада III степени
230. Ведущей причиной развития брадикардии у пациентов старше 60 лет является
- а) атеросклеротический кардиосклероз
 - б) врожденные аномалии проводящей системы сердца
 - в) гипертоническая болезнь
 - г) постмиокардитический кардиосклероз
231. К основным электрокардиографическим признакам синусовой брадикардии относятся
- а) урежение сердечного ритма до 70 в минуту
 - б) урежение сердечного ритма до 40-59 в минуту
 - в) сохранение правильного синусового ритма
 - г) возникновение периодов Самойлова - Венкебаха
232. Нередко осложняющимися тяжелыми, опасными для жизни пациента брадикардиями являются такие острые инфекционные заболевания как
- а) дифтерия
 - б) скарлатина
 - в) брюшной тиф
 - г) холера
 - д) грипп
233. Причиной развития синусовой брадикардии являются
- а) дисфункция коркового вещества надпочечников
 - б) повышение тонуса блуждающего нерва
 - в) понижение тонуса симпатической нервной системы
 - г) инфекционно-токсические воздействия
234. К клиническим признакам синдрома Морганьи - Адамса - Стокса относятся
- а) повышение артериального давления
 - б) потеря сознания

- в) редкий пульс
 - г) частый, нитевидный пульс
 - д) непроизвольное мочеиспускание
235. Синдром слабости синусового узла наблюдается при наличии
- а) упорной синусовой брадикардии
 - б) блокады одной из ножек пучка Гиса
 - в) стойкой выраженной брадисистолической формы мерцательной аритмии
 - г) периодического появления синоаурикулярной блокады
 - д) синдрома тахикардии-брадикардии
236. Для выявления патологии со стороны синусового узла используется
- а) синокаротидная проба
 - б) атропиновый тест
237. Тактика лечения остро возникшей брадикардии с приступом Морганьи - Адамса - Стокса включает
- а) наружный массаж сердца
 - б) внутрисердечное введение атропина
 - в) внутрисердечное введение адреналина
 - г) временную эндокардиальную стимуляцию сердца
 - д) внутривенное введение акупента, изадрина
238. При сохранении остро возникшей брадикардии и при развитии приступа Морганьи - Адамса - Стокса необходимо выполнить
- а) внутрисердечное введение адреналина
 - б) наладить временную эндокардиальную стимуляцию сердца
 - в) внутривенное введение изадрина, акупента
239. Временная электрокардиостимуляция показана
- а) при приступах Морганьи - Адамса - Стокса
 - б) при остро возникшей брадикардии с нарушениями гемодинамики
 - в) при осложненном течении острого инфаркта миокарда
 - г) при дифтеритическом миокардите
 - д) при крупозной пневмонии

Раздел 12

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

001. Число должностей врача-гастроэнтеролога на 100 000 взрослого населения устанавливается из расчета
- а) 0.07 ставки
 - б) 0.1 ставки
 - в) 0.5 ставки
 - г) 1.0 ставка
 - д) все перечисленное неверно
002. Потребность в гастроэнтерологических стационарных местах на 1000 населения составляет
- а) 0.05
 - б) 0.5
 - в) 0.8
 - г) 1.0
 - д) 1.5
003. Должность врача гастроэнтерологического отделения стационара устанавливается из расчета - 1 врач
- а) на 10 больных
 - б) на 15 больных
 - в) на 20 больных
 - г) на 25 больных
 - д) на 30 больных
004. Минимальное количество больничных коек, при котором устанавливается должность заведующего гастроэнтерологическим отделением, составляет
- а) 30

- б) 40
 - в) 50
 - г) 60
 - д) 65
005. В санаториях гастроэнтерологического профиля
должность врача устанавливается из расчета - 1 ставка
- а) на 50 коек
 - б) на 40 коек
 - в) на 30 коек
 - г) на 25 коек
 - д) на 20 коек
006. Аттестация врача-гастроэнтеролога
на присвоение ему звания врача-специалиста проводится
- а) по окончании специализации
 - б) при наличии двухлетнего стажа по специальности
 - в) при наличии трехлетнего стажа по специальности
 - г) при наличии пятилетнего стажа по специальности
 - д) верно а) и б)
007. Аттестация врача-гастроэнтеролога
на присвоение ему первой квалификационной категории
проводится при стаже работы терапевтом
гастроэнтерологического отделения (кабинета) не менее
- а) 3 лет
 - б) 5 лет
 - в) 7 лет
 - г) 10 лет
008. Аттестация врача-гастроэнтеролога
на присвоение ему высшей квалификационной категории
проводится при стаже работы терапевтом
гастроэнтерологического отделения (кабинета) не менее
- а) 3 лет
 - б) 5 лет
 - в) 7 лет
 - г) 10 лет
009. Наследственная предрасположенность
отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях
- а) язвенной болезни
 - б) калькулезном холецистите
 - в) панкреатите
 - г) при всех перечисленных заболеваниях
 - д) верно а) и б)
010. К наследственным энзимопатиям относят
- а) непереносимость лактазы
 - б) глютенную болезнь
 - в) амилазную недостаточность
 - г) дисахаридазную недостаточность
 - д) все перечисленное
011. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий
относят
- а) синдром Криглера - Найяра (Наджара)
 - б) синдром Ротора
 - в) синдром Дубина (Дабина) - Джонсона
 - г) постгепатитную гипербилирубинемию Калька
 - д) верно а), б), в)
012. Желчный пузырь сокращается под влиянием
- а) гастрина
 - б) панкреатического сока
 - в) холецистокинина
 - г) секретина
 - д) всех перечисленных факторов
013. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе

- а) первичного билиарного цирроза печени
 - б) неспецифического язвенного колита
 - в) глютеновой болезни
 - г) всех перечисленных заболеваний
 - д) верно а) и б)
014. α -амилазу секретируют
- а) околоушные слюнные железы
 - б) поджелудочная железа
 - в) кишечник
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
015. α -амилаза катализирует гидролиз
- а) крахмала
 - б) глюкозы
 - в) дисахаридов
 - г) клетчатки
 - д) всего перечисленного
016. Активность трипсина в сыворотке крови повышается
- а) при остром панкреатите
 - б) при обострении хронического панкреатита
 - в) при язвенной болезни
 - г) при перитоните
 - д) верно а) и б)
017. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента
- а) глюкуронилтрансферазы
 - б) лейцинаминопептидазы
 - в) кислой фосфатазы
 - г) нуклеотидазы
 - д) все перечисленное неверно
018. Повышение содержания неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови характерно для всех перечисленных заболеваний, кроме
- а) гемолитической анемии
 - б) функциональной гипербилирубинемии Жильбера
 - в) синдрома Криглера - Найяра (Наджара)
 - г) хронического активного гепатита
 - д) талассемии
019. Повышение содержания в крови неконъюгированного (несвязанного, свободного) билирубина происходит в результате всех перечисленных метаболических нарушений, кроме
- а) увеличения образования билирубина
 - б) снижения захвата билирубина печенью
 - в) дефицита глюкуронилтрансферазы в гепатоцитах
 - г) расстройства экскреции билирубина печенью
 - д) повышения гемолиза эритроцитов
020. Уробилиноген образуется
- а) в кишечнике
 - б) в почках
 - в) в печени
 - г) верно а) и б)
021. Повышение активности аланиновой трансаминазы в сыворотке крови может быть вызвано всеми перечисленными состояниями, кроме
- а) некроза гепатоцитов любой этиологии
 - б) заболевания почек
 - в) травмы скелетных мышц
 - г) инфаркта миокарда
022. Активность аланиновой трансаминазы в крови повышается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) хронического активного гепатита

- б) активного цирроза печени
 - в) инфаркта миокарда
 - г) жирового гепатоза
 - д) хронического холестатического гепатита
023. Увеличение активности щелочной фосфатазы наблюдается
- а) при внутрипеченочном холестазах
 - б) при вирусном гепатите
 - в) при первичном раке печени
 - г) при гемолитической анемии
 - д) верно а) и в)
024. Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать
- а) о присоединении вирусного гепатита
 - б) о некрозе гепатоцитов
 - в) о печеночной недостаточности
 - г) о портальной гипертензии
 - д) о циррозе - раке
025. Гипоальбуминемия характерна
- а) для цирроза печени
 - б) для острой атрофии печени
 - в) для гепатомы
 - г) для хронического персистирующего гепатита
 - д) верно а) и б)
026. Причиной гипоальбуминемии у больных с отеками могут быть все перечисленные патологические состояния, кроме
- а) заболевания печени
 - б) избыточной потери белка через кишечник
 - в) избыточной потери белка через почки
 - г) хронической недостаточности кровообращения
 - д) длительного голода
027. Повышение концентрации общих липидов в крови наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) сахарного диабета
 - б) гипертиреоза
 - в) билиарного цирроза
 - г) холестатического гепатита
 - д) алкоголизма
028. Гиперхолестеринемия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) атеросклероза
 - б) холестаза
 - в) сахарного диабета
 - г) гипотиреоза
 - д) голодания
029. Желчь подвергается реабсорбции
- а) в двенадцатиперстной кишке
 - б) в тощей кишке
 - в) в начальном отделе толстой кишки
 - г) во всех перечисленных отделах
 - д) верно б) и в)
030. Для печеночного цитолитического синдрома характерны все перечисленные биохимические изменения, кроме
- а) повышения активности аланиновой аминотрансферазы
 - б) повышения активности аспарагиновой аминотрансферазы
 - в) повышения активности альдолазы
 - г) повышения уровня сывороточного железа
 - д) снижения всех показателей
031. Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является
- а) повышение активности аланиновой аминотрансферазы
 - б) повышение активности альдолазы
 - в) повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы

- г) гипоальбуминемия
 - д) повышение уровня сывороточного железа
032. Внутрипеченочный холестаз характеризуют все перечисленные показатели, кроме
- а) увеличения в сыворотке крови неконъюгированного (свободного) билирубина
 - б) билирубинурии
 - в) увеличения в крови активности щелочной фосфатазы
 - г) гиперхолестеринемии
 - д) появления желчных кислот в моче
033. В диагностике холестатического синдрома имеют значение все перечисленные показатели, кроме
- а) повышения активности щелочной фосфатазы крови
 - б) повышения прямого (связанного) билирубина крови
 - в) повышения холестерина
 - г) повышения активности γ -глутамилтранспептидазы
 - д) повышения непрямого (свободного) билирубина крови
034. При холестатическом синдроме уробилиноген в моче
- а) повышается
 - б) снижается
 - в) исчезает
 - г) не изменяется
 - д) верно б) и в)
035. Появление билирубина в моче указывает
- а) на паренхиматозную желтуху
 - б) на подпеченочную желтуху
 - в) на гемолитическую желтуху
 - г) верно а) и б)
 - д) на все перечисленное
036. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной
- а) при микроворотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника
 - б) при микроворотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта
 - в) при неспецифическом язвенном колите
 - г) при употреблении мяса в пищу
 - д) при всем перечисленном
037. Снижение стеркобилина в кале наблюдается
- а) при паренхиматозной желтухе
 - б) при механической желтухе
 - в) при гемолитической анемии
 - г) верно а) и б)
 - д) при всех перечисленных патологиях
038. Креаторея наблюдается
- а) при ахилии
 - б) при гнилостной диспепсии
 - в) при недостаточности внешней секреции поджелудочной железы
 - г) верно а) и б)
 - д) при всем перечисленном
039. Стеаторея в виде нейтрального жира характерна
- а) для механической желтухи
 - б) для паренхиматозной желтухи
 - в) для хронического панкреатита
 - г) верно а) и б)
 - д) для всего перечисленного
040. Противопоказанием для фиброэндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является
- а) варикозное расширение вен пищевода
 - б) кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта
 - в) дивертикул пищевода
 - г) астматическое состояние
 - д) рак кардиального отдела желудка

041. Внутривенная холеграфия является информативным методом для диагностики
- а) расширения общего желчного протока
 - б) хронического калькулезного холецистита
 - в) хронического активного гепатита
 - г) верно а) и б)
 - д) для всего перечисленного
042. Плохо выявляются при ультразвуковом исследовании
- а) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)
 - б) холелитиаз
 - в) гемангиома печени
 - г) кисты и абсцессы поджелудочной железы
 - д) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)
043. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике
- а) микронодулярного цирроза печени
 - б) гепатита
 - в) очагового поражения печени
 - г) макронодулярного цирроза печени
 - д) застойного фиброза печени
044. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет
- а) пероральная холецистография
 - б) внутривенная холеграфия
 - в) сцинтиграфия печени
 - г) ретроградная панкреатохолангиография
 - д) прямая спленопортография
045. Биопсия слизистой оболочки тонкой кишки является ценным диагностическим методом
- а) при болезни Уиппла
 - б) при глютенной болезни
 - в) при склеродермии
 - г) при болезни Крона
 - д) при всем перечисленном
046. Колоноскопия позволяет выявить
- а) неспецифический язвенный колит
 - б) рак толстой кишки
 - в) болезнь Крона
 - г) болезнь Уиппла
 - д) все перечисленное
047. Лапароскопию назначают
- а) при подозрении на первичный рак печени
 - б) при подозрении на метастатический рак печени
 - в) для уточнения причины асцита
 - г) верно а) и б)
 - д) при всем перечисленном
048. Компьютерная томография позволяет выявить
- а) опухоли брюшной полости
 - б) кисты поджелудочной железы
 - в) дивертикулы кишечника
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
049. Функциональные расстройства деятельности пищевода характеризуются
- а) ощущением комка в горле
 - б) дисфагией при употреблении жидкой пищи
 - в) дисфагией при употреблении плотной пищи
 - г) постоянной дисфагией
 - д) верно а) и б)
050. Этиологическими факторами дискинезии пищевода являются
- а) нарушение иннервации пищевода
 - б) рефлекторное влияние с соседних органов

- в) заболевания центральной нервной системы
 - г) инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)
 - д) все перечисленные
051. Гиперкинетическая форма дискинезий пищевода обусловлена
- а) эрозивным эзофагитом
 - б) язвой пищевода
 - в) расстройством нервного аппарата пищевода
 - г) невротизмом
 - д) всем перечисленным
052. Гипокинетическая форма дискинезий пищевода проявляется в виде
- а) гипотонии пищевода
 - б) атонии пищевода
 - в) ахалазии кардии
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
053. Дисфагия может наблюдаться
- а) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - б) при ахалазии кардии
 - в) при склеродермии
 - г) при раке пищевода
 - д) при всех перечисленных заболеваниях
054. Основными методами диагностики ахалазии кардии являются
- а) рентгенологический метод
 - б) эзофагоскопия
 - в) эзофаготономография
 - г) фармакологические пробы
 - д) верно а), б), в)
055. При ахалазии кардии показано
- а) щадящая диета
 - б) приподнятый головной конец кровати
 - в) холиномиметические средства
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)

Ситуационная задача (тесты 056-059)

У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия при употреблении жидкой холодной или горячей пищи (плотная пища проходит хорошо). Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости.

Аппетит сохранен, в весе не теряла.

При физикальном обследовании патологии не выявлено.

056. Наиболее вероятной причиной дисфагии является
- а) идиопатическая гиперкинезия пищевода
 - б) рак пищевода
 - в) пептическая язва пищевода
 - г) аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
057. Для исключения другой патологии и подтверждения диагноза следует назначить
- а) общий анализ крови
 - б) рентгеноскопию пищевода и желудка
 - в) эзофагогастродуоденоскопию
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
058. Основными условиями рентгенологического исследования в этом случае являются
- а) исследование пищевода в положении стоя
 - б) исследование пищевода в положении лежа
 - в) исследование с густой бариевой взвесью
 - г) исследование с жидкой бариевой взвесью
 - д) все перечисленные
059. Больной следует рекомендовать

- а) жидкое питание
- б) лечение невроза
- в) вяжущие и обволакивающие средства
- г) физиотерапию
- д) витаминотерапию

Ситуационная задача (тесты 060-061)

В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта.

В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия.

Часто болеет воспалением легких

060. В данном случае можно предположить
- а) варикозное расширение вен пищевода
 - б) пищеводно-бронхиальный свищ
 - в) дивертикул пищевода
061. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести
- а) рентгеноскопию пищевода
 - б) электрокардиографию
 - в) анализ крови на гемоглобин
 - г) гастроскопию

Ситуационная задача (тесты 062-063)

Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом по-перхнулась. К врачу не обращалась.

Утром появились жалобы на затрудненное глотание, температура тела повысилась до 37.3°C, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было.

При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально.

062. Предположительный диагноз
- а) опухоль средостения
 - б) шейный лимфаденит
 - в) флегмона шеи
 - г) перфорация пищевода
 - д) медиастинальная эмфизема
063. Тактика врача
- а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение
 - б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо
 - в) провести эзофагоскопию
 - г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня
 - д) вызвать на консультацию отоларинголога
064. Из заболеваний, которые могут стать причиной эзофагогастроудоденального кровотечения, кровавая рвота наименее характерна
- а) для язвы желудка
 - б) для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - в) для варикозного расширения вен
 - г) для язвы двенадцатиперстной кишки
 - д) для дивертикула пищевода
065. Симптомами продолжающегося эзофагогастроудоденального кровотечения являются
- а) рвота "кофейной гущей" или свежей кровью
 - б) ухудшение общего состояния больного
 - в) ухудшение показателей гемодинамики
 - г) снижение уровня гемоглобина
 - д) все перечисленные
066. Для постановки диагноза опухоли пищевода необходимы все перечисленные исследования, кроме
- а) медиастиноскопии
 - б) рентгенографии пищевода

- в) рентгенографии грудной клетки
 - г) эзофагоскопии
 - д) биохимического анализа крови
067. Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены
- а) недостаточностью кардии
 - б) рефлюксом желудочного содержимого в пищевод
 - в) пептическим эзофагитом
 - г) всем перечисленным
 - д) верно а) и б)
068. К патологическим механизмам, обуславливающим характерные симптомы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, относятся
- а) нарушения проходимости комка пищи
 - б) растяжение грыжевого мешка
 - в) рефлюкс в пищевод
 - г) спазм пищевода
 - д) ничего из перечисленного
069. Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; они не купируются полностью алмагелем.
Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель.
При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод.
Все перечисленное позволяет заподозрить
- а) аксиальную (скользящую) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
 - б) рак пищевода
 - в) бронхиальную астму
 - г) хронический гастрит
 - д) ахалазию кардии
070. Для снятия болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы наиболее эффективен
- а) атропин
 - б) платифиллин
 - в) но-шпа
 - г) церукал
 - д) седуксен
071. При бессимптомном течении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы следует
- а) назначить щадящую диету
 - б) назначить антацидные препараты
 - в) назначить частое дробное питание
 - г) исключить подъем тяжестей
 - д) ахалазию кардии
072. Показаниями к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы являются
- а) повторные кровотечения
 - б) пептическая язва пищевода
 - в) стриктура пищевода
 - г) верно а) и в)
 - д) верно б) и в)
073. Профилактика осложнений при грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает
- а) режим питания
 - б) режим труда
 - в) борьбу с запорами
 - г) сон с приподнятым изголовьем
 - д) все перечисленное
074. Для дифференциальной диагностики болей сердца и пищевода применяется
- а) эзофагоскопия
 - б) кимоэзофагография
 - в) электрокардиография
 - г) прием антацидов

д) верно а) и в)

075. При псевдокоронарном (эзофагальном) синдроме боль купирует
- а) нитроглицерин
 - б) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
 - в) транквилизаторы
 - г) холинолитики
 - д) спазмолитики

Ситуационная задача (тесты 076-077)

У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы в последнее время изменилась клиническая картина заболевания: исчезла изжога и регургитация, появилась дисфагия при употреблении плотной пищи, пропал аппетит, больной стал терять в весе.

076. Предполагаемый диагноз
- а) развитие рака пищевода
 - б) развитие рака желудка
 - в) ущемление грыжи
077. Для подтверждения диагноза у данного больного необходимо в первую очередь провести все перечисленные исследования, кроме
- а) анализа кала на скрытую кровь
 - б) исследования желудочной секреции
 - в) рентгеноскопии и рентгенографии пищевода
 - г) эзофагогастроскопии
 - д) цитологического исследования эксфолиативного материала
078. Появление дисфагии при употреблении плотной пищи при аксиальной (скользящей) грыже пищеводного отверстия диафрагмы может указывать на развитие
- а) рака пищевода
 - б) пептической язвы пищевода
 - в) эзофагоспазма
 - г) верно а) и б)
 - д) ничего из перечисленного
079. Стриктура пищевода обычно обусловлена
- а) пептической язвой пищевода
 - б) хронической пневмонией
 - в) язвенной болезнью
 - г) катаральным рефлюкс-эзофагитом
 - д) ущемлением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
080. Пептический эзофагит (рефлюкс-эзофагит) возникает вследствие заброса в пищевод
- а) желудочного сока
 - б) желчи
 - в) кишечного содержимого
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
081. Патологические механизмы рефлюкс-эзофагита включают
- а) рефлюкс желудочного содержимого в пищевод
 - б) воспаление дистальной части пищевода
 - в) недостаточность кардии (ахалазия)
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
082. Для кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита характерно
- а) боли за грудиной
 - б) страх смерти
 - в) связь болей с положением тела
 - г) верно а) и в)
 - д) все перечисленное
083. Наиболее частыми осложнениями эрозивного рефлюкс-эзофагита являются
- а) микрокровотечения
 - б) изъязвления

- в) стриктура пищевода
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
084. Для дифференциальной диагностики кардиалгической формы рефлюкс-эзофагита и стенокардии в первую очередь применяется
- а) нитроглицерин
 - б) пищевая сода
 - в) электрокардиография
 - г) эзофагоскопия
 - д) все перечисленное
085. При рефлюкс-эзофагите рекомендуется
- а) вяжущие и обволакивающие средства
 - б) церукал (реглан)
 - в) подъем головного конца кровати
 - г) частое дробное питание
 - д) все перечисленное
086. Главные клетки слизистой оболочки желудка вырабатывают
- а) пепсиноген
 - б) химозин
 - в) соляную кислоту
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
087. Parietalные клетки слизистой оболочки желудка секретируют
- а) соляную кислоту
 - б) молочную кислоту
 - в) гастромукопротеид
 - г) муцин
 - д) пепсиноген
088. Добавочные клетки слизистой оболочки желудка секретируют
- а) муцин
 - б) бикарбонаты
 - в) гастрин
 - г) секретин
 - д) внутренний фактор Касла
089. Эндокринные клетки, входящие в состав эпителиальной выстилки фундальных желез желудка, вырабатывают
- а) серотонин
 - б) гистамин
 - в) глюкагон
 - г) соматостатин
 - д) все перечисленное
090. Эндокринные клетки пилорических желез желудка секретируют
- а) секретин
 - б) кейлоны
 - в) гастрин
 - г) бомбезин
 - д) все перечисленное
091. Гастрин секретируется
- а) антральным отделом желудка
 - б) фундальным отделом желудка
 - в) слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки
 - г) Бруннеровыми железами
 - д) поджелудочной железой
092. Кислотность желудочного сока снижают
- а) соматостатин
 - б) секретин
 - в) глюкагон
 - г) инсулин
 - д) верно а), б), в)

093. Выделяют следующие типы желудочной секреции
- а) возбудимый
 - б) астенический
 - в) инертный
 - г) тормозной
 - д) все перечисленные
094. Общие принципы лечения функциональных расстройств желудка включают
- а) дробное питание
 - б) психотерапию
 - в) физиотерапию
 - г) рефлексотерапию
 - д) все перечисленное
095. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, относятся
- а) анализ желудочного сока
 - б) рентгеноскопия желудка
 - в) гастроскопия
 - г) морфологическое исследование слизистой оболочки желудка
 - д) в) и г)
096. Хронический гастрит необходимо дифференцировать
- а) с язвенной болезнью желудка
 - б) с раком желудка
 - в) с хроническим панкреатитом
 - г) с хроническим холециститом
 - д) со всем перечисленным
097. К предраковым заболеваниям относятся все перечисленные, кроме
- а) хронического атрофического гастрита с секреторной недостаточностью
 - б) полипов желудка на широком основании
 - в) полипозного гастрита
 - г) эрозивного гастрита
 - д) ригидного антрального гастрита
098. Медикаментозное лечение хронического атрофического гастрита включает
- а) вяжущие и обволакивающие средства
 - б) метилурацил
 - в) витамины
 - г) заместительную терапию
 - д) все перечисленное
099. Для улучшения трофических процессов при хроническом атрофическом гастрите назначают
- а) витамины
 - б) анаболические стероидные гормоны
 - в) рибоксин
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
100. При обнаружении хеликобактер пилори при хронических гастритах рекомендуется назначить
- а) де-нол
 - б) метронидазол
 - в) ампициллин
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
101. Физиотерапия в лечении гастритов противопоказана
- а) при ригидном антральном гастрите
 - б) при полипозе желудка
 - в) при геморрагическом гастрите
 - г) при эозинофильном гастрите
 - д) при всем перечисленном
102. Профилактика гастритов основана
- а) на правильном режиме и характере питания
 - б) на устранении профессиональных вредностей

- в) на отказе от алкоголя
 - г) на лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту
 - д) на всем перечисленном
103. Этиологическими факторами язвенной болезни являются все перечисленные, кроме
- а) алкоголя
 - б) никотина
 - в) нарушения питания
 - г) эмоциональных стрессов
 - д) медикаментов
104. Из местных механизмов ulcerogenesis основная роль отводится
- а) моторно-эвакуаторным нарушениям
 - б) кислотно-пептическому фактору
 - в) состоянию защитного слизистого барьера
 - г) обратной диффузии ионов водорода
 - д) всему перечисленному
105. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке относятся
- а) кислотно-пептический фактор
 - б) ускоренная эвакуация
 - в) "кислые" стазы в двенадцатиперстной кишке
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленные
106. К патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка относятся
- а) дуоденогастральный рефлюкс
 - б) антральный стаз
 - в) антральный гастрит
 - г) высокая кислотообразующая функция желудка
 - д) все перечисленные
107. Инфекция хеликобактер пилори способствует развитию
- а) язвы пилороантрального отдела желудка
 - б) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - в) язвы кардиального отдела желудка
 - г) верно а) и б)
 - д) язвы всех перечисленных отделов
108. Механизм обострений при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки обусловлен
- а) кислотно-пептическим фактором
 - б) спазмом пилорoduodenальной зоны
 - в) повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке
 - г) перилульцерозным воспалением
 - д) всем перечисленным
109. Запоры при язвенной болезни возникают вследствие воздействия всех перечисленных факторов, кроме
- а) щадящей диеты
 - б) постельного режима
 - в) повышения тонуса блуждающего нерва
 - г) приема щелочей
 - д) медикаментозной терапии
110. Для язвенной болезни редко рецидивирующего течения обострения наступают
- а) 1-2 раза в 2-3 года
 - б) 2 раза в год
 - в) 3 раза в год
 - г) 1 раз в 5 лет
111. Для язвенной болезни непрерывно рецидивирующего течения обострения возникают
- а) 4 и более раз в год
 - б) 1 раз в год
 - в) 2 раза в год
 - г) периодов ремиссии не существует

- д) верно а) и г)
112. Для язвенной болезни характерно
- а) "голодные" боли в эпигастриальной области
 - б) ночные боли
 - в) изжога
 - г) хронический гастродуоденит
 - д) все перечисленное
113. Для постбульбарной язвы характерно
- а) боли через 3-4 часа после еды
 - б) боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье
 - в) "пульсирующие" боли
 - г) кровотечения
 - д) все перечисленное
114. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является
- а) рвота желчью
 - б) урчание в животе
 - в) резонанс под пространством Траубе
 - г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
 - д) видимая перистальтика
115. Подтвердить пенетрацию язвы могут все перечисленные симптомы, кроме
- а) появления ночных болей
 - б) уменьшения ответной реакции на антациды
 - в) появления болей в спине
 - г) усиления болей
 - д) изменения характерного ритма язвенных болей
116. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается
- а) активность амилазы
 - б) активность липазы
 - в) уровень глюкозы
 - г) активность щелочной фосфатазы
 - д) ничего из перечисленного
117. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастриальной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни
- а) стенозе выходного отдела желудка
 - б) малигнизации язвы
 - в) пенетрации язвы
 - г) микрокровоотечении из язвы
 - д) перфорации язвы
118. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно думать о следующем осложнении
- а) органическом стенозе пилорoduodenальной зоны
 - б) функциональном стенозе
 - в) малигнизации язвы
 - г) пенетрации язвы
 - д) перфорации язвы
119. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются
- а) локализация язвы
 - б) величина язвы
 - в) отсутствие хронического рецидивирующего течения
 - г) кровотечение
 - д) частая пенетрация
120. При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет
- а) к снижению кислотности желудочного содержимого
 - б) к повышению кислотности желудочного содержимого

- в) к повышению уровня пепсина в желудочном содержимом
г) ни к чему из перечисленного
121. Продукцию соляной кислоты снижает
а) циметидин
б) гастроцепин
в) ранитидин
г) атропин
д) все перечисленные препараты
122. Из противоязвенных средств в лечении пилородуоденальных язв могут использоваться
а) гастроцепин
б) ранитидин
в) циметидин
г) венгер
д) все перечисленное
123. Противопоказаниями к назначению антихолинергических средств могут быть
а) запоры
б) замедление опорожнения желудка
в) гипокинетическая дискинезия желчного пузыря
г) атропинорезистентная гиперхлоридгидрия
д) все перечисленные
124. Терапия гелем алюминия нередко вызывает
а) гиперкальциемию
б) гипокальциемию
в) гиперфосфатемию
г) гипофосфатемию
д) ничего из перечисленного
125. Цитопротективным действием в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обладают
а) де-нол
б) сукралфат
в) солкосерил
г) витамины группы В
д) верно а) и б)
126. Из немедикаментозных методов лечения язвенной болезни используют все перечисленные, кроме
а) рефлексотерапии
б) магнитотерапии
в) гипербарической оксигенации
г) родоновых ванн
д) лазеротерапии
127. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии язва желудка зарубцевалась.
Дальнейшие действия по ведению больного включают
а) продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной
б) продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев
в) продолжение поддерживающей терапии в течение всего года
г) прекращение лечения
д) направление больного на санаторно-курортное лечение
128. Язва желудка на фоне четырехнедельного лечения не зарубцевалась, сохраняются боли постоянного характера в эпигастрии, сниженный аппетит, продолжается потеря массы тела.
Дальнейшая тактика ведения больного включает
а) продолжение прежнего лечения
б) внесение коррекции в лечение
в) проведение эндоскопии с прицельной биопсией и гистологическим исследованием
г) постановка вопроса о хирургическом лечении

129. К симптоматическим гастродуоденальным язвам относятся
- а) стрессовые
 - б) эндокринные
 - в) медикаментозные
 - г) язвы при патологических состояниях других внутренних органов
 - д) все перечисленные язвы
130. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами
- а) кортикостероидами
 - б) ацетилсалициловой кислотой
 - в) индометацином
 - г) резерпином
 - д) всеми перечисленными
131. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относятся
- а) демпинг-синдром
 - б) гипогликемический синдром
 - в) постгастрорезекционная дистрофия
 - г) функциональный синдром приводящей петли
 - д) все перечисленные
132. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся
- а) синдром приводящей петли
 - б) деформация и сужение анастомоза
 - в) острый (хронический) холецистопанкреатит
 - г) пептическая язва культи желудка или анастомоза
 - д) все перечисленные
133. Патогенез демпинг-синдрома обусловлен
- а) ускоренной эвакуацией пищи из культи желудка в тонкую кишку
 - б) повышением осмотического давления в тонкой кишке
 - в) раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки
 - г) активацией симпатикoadреналовой системы
 - д) всем перечисленным
134. Для демпинг-синдрома, протекающего по симпатикoadреналовому типу, характерно
- а) слабость после приема пищи
 - б) головные боли, головокружение
 - в) брадикардия
 - г) повышение артериального давления
 - д) верно а), б), г)
135. Для демпинг-синдрома, протекающего по ваготоническому типу, характерно
- а) сонливость и слабость после еды
 - б) диспептический синдром
 - в) тахикардия
 - г) понижение артериального давления
 - д) верно а), б), г)
136. Демпинг-синдром чаще развивается после употребления всего перечисленного, кроме
- а) молочных блюд
 - б) жидких каш
 - в) сладких блюд
 - г) мясных блюд
137. Основными методами диагностики демпинг-синдрома являются
- а) рентгеноскопия
 - б) гастроскопия
 - в) определение уровня серотонина в крови
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
138. При демпинг-синдроме назначают
- а) антихолинергические средства
 - б) диету с высоким содержанием углеводов
 - в) диету с большим количеством жидкости

- г) диету с высоким содержанием жиров
 - д) антациды
139. В момент проявления демпинг-синдрома необходимо применять все перечисленное, кроме
- а) уложить больного
 - б) назначения новокаина, анестезина
 - в) назначения холинолитиков
 - г) назначения глюкокортикоидов
 - д) назначения гастропепина
140. При демпинг-синдроме, протекающем по симпатикoadренaловому типу, можно назначать все перечисленные препараты, кроме
- а) симпатолитических средств
 - б) холинолитических средств
 - в) адренорекотропного гормона
 - г) транквилизаторов
 - д) местноанестезирующих средств
141. При демпинг-синдроме, протекающем по ваготоническому типу, целесообразно назначить
- а) беллоид
 - б) супрастин
 - в) холинолитики
 - г) резерпин, исмелин
 - д) верно а) и в)
142. Для гипогликемического синдрома характерно
- а) сонливость через 2-3 часа после еды
 - б) чувство голода
 - в) сердцебиение, головокружение
 - г) схваткообразные боли в эпигастрии
 - д) все перечисленное
143. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционной дистрофии являются все перечисленные симптомы, кроме
- а) диареи
 - б) резкого похудения
 - в) гиповитаминоза
 - г) анемии
 - д) гипергликемии
144. Лечение постгастрорезекционной дистрофии включает все перечисленное, кроме
- а) диетотерапии
 - б) заместительной терапии (ферментами)
 - в) парентерального питания
 - г) витаминотерапии
 - д) антисеротониновых препаратов
145. При лечении больных с пептической язвой анастомоза назначают все перечисленное, кроме
- а) щадящей диеты
 - б) алмагеля
 - в) гастропепина
 - г) желудочного сока
 - д) репаративов
146. Для клинической картины дуоденостаза характерно
- а) постоянные боли в пилорoduоденальной зоне
 - б) иррадиация боли в правое и левое подреберья
 - в) тошнота
 - г) рвота
 - д) верно а), в), г)
147. Основными методами диагностики дуоденостаза являются
- а) рентгеноскопия
 - б) гастроскопия
 - в) баллонный метод исследования моторики
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)

148. В этиологии хронического гепатита важное место занимают
- а) инфекционные факторы
 - б) токсические факторы (в том числе алкоголизм)
 - в) токсикоаллергические факторы
 - г) недостаточность кровообращения
 - д) все перечисленные факторы
149. Основными формами хронического гепатита являются все перечисленные, кроме
- а) хронического персистирующего гепатита
 - б) хронического активного гепатита
 - в) хронического лобулярного гепатита
 - г) интерстициального гепатита
 - д) хронического аутоиммунного гепатита
150. Причиной жировой дистрофии печени не может быть
- а) вирусный гепатит
 - б) беременность
 - в) сахарный диабет
 - г) лечение кортикостероидами
 - д) голодание
151. Синдром мезенхимального воспаления характеризуется увеличением в крови
- а) γ -глобулинов
 - б) холестерина
 - в) активности щелочной фосфатазы
 - г) билирубина
 - д) альбумина
152. Лабораторным показателем, характеризующим синдром Жильбера, является
- а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
 - б) билирубинурия
 - в) увеличение активности трансаминаз
 - г) ретикулоцитоз
 - д) гипоальбуминемия
153. Для гемолитической желтухи не является характерным
- а) увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина
 - б) нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы
 - в) нормальная активность сывороточных трансаминаз и γ -глутамилтранспептидазы
 - г) билирубинурия
 - д) ретикулоцитоз
154. Уровень конъюгированного (связанного) билирубина в крови не возрастает
- а) при синдроме Ротора
 - б) при синдроме Дабина - Джонсона
 - в) при гемолитической желтухе
 - г) при хроническом активном гепатите
 - д) при первичном билиарном циррозе печени
155. При гемолитической желтухе имеет место
- а) ретикулоцитоз
 - б) повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина
 - в) спленомегалия
 - г) гиперплазия костного мозга
 - д) все перечисленное
156. Высокий уровень активности трансаминаз в сыворотке крови указывает
- а) на микронодулярный цирроз
 - б) на холестаз
 - в) на вирусный гепатит
 - г) на первичный билиарный цирроз
 - д) на аминозную желтуху
157. Клиническими проявлениями билиарного синдрома при хронических болезнях печени являются все перечисленные, кроме
- а) желтухи

- б) кожного зуда
 - в) ксантелазм
 - г) увеличенной печени с бугристой поверхностью
 - д) высокого уровня активности щелочной фосфатазы сыворотки крови
158. Морфологический субстрат хронического активного гепатита в отличие от персистирующего и холестатического гепатита составляют
- а) ступенчатые некрозы
 - б) отложения меди
 - в) жировая дистрофия
 - г) отложения железа
 - д) нарушение архитектоники печеночных долек
159. К субъективным проявлениям хронического персистирующего гепатита относятся
- а) астения
 - б) запоры
 - в) геморагии
 - г) лихорадка
 - д) поносы
160. Гепатомегалия, гипергликемия, гиперпигментация кожи, повышение уровня железа в сыворотке крови характерны
- а) для хронического гепатита вирусной этиологии
 - б) для гемохроматоза
 - в) для цирроза печени
 - г) для гиперфункции надпочечников
 - д) для болезни Вильсона - Коновалова
161. Для синдрома гиперспленизма, возникшего при хроническом активном гепатите, не является характерным
- а) гранулоцитопения
 - б) тромбоцитопения
 - в) редукция мегакариоцитарного ростка костного мозга
 - г) геморрагический синдром
 - д) анемия
162. Сочетание цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов характерно
- а) для острого вирусного гепатита А
 - б) для острого вирусного гепатита В
 - в) для хронического активного гепатита
 - г) для хронического персистирующего гепатита
 - д) для гемохроматоза
163. При хроническом активном гепатите с синдромом гиперспленизма прогностически опасными являются
- а) снижение содержания эритроцитов
 - б) снижение содержания тромбоцитов до $50-30 \times 10^9/\text{л}$
 - в) лейкопения
 - г) отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг
 - д) ничего из перечисленного
164. Для лечения активного хронического гепатита применяются
- а) делагил
 - б) кортикостероиды
 - в) легалон
 - г) верно а) и б)
 - д) ничего из перечисленного
165. Из хронических заболеваний печени классическим показанием для иммунодепрессивной терапии является
- а) вторичный билиарный цирроз
 - б) хронический активный гепатит
 - в) хронический аутоиммунный гепатит
 - г) новообразования печени
 - д) ничего из перечисленного
166. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является
- а) жировая ткань
 - б) почки
 - в) печень

- г) головной мозг
 - д) желудочно-кишечный тракт
167. При избыточном употреблении алкоголя возможными механизмами жировой дистрофии печени являются
- а) повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани
 - б) увеличение синтеза жирных кислот в печени
 - в) уменьшение выделения жиров печенью
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
168. Хроническая алкогольная интоксикация приводит
- а) к жировой дистрофии
 - б) к хроническому персистирующему и активному гепатиту
 - в) к циррозу печени
 - г) ко всему перечисленному
 - д) верно б) и в)
169. Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета
- а) общий полноценный рацион
 - б) с преобладанием углеводов
 - в) с преобладанием белков
 - г) с преобладанием жиров
 - д) с преобладанием железа
170. При хроническом алкогольном гепатите адекватным лечением является назначение
- а) преднизолона
 - б) азатиоприна
 - в) эссенциале
 - г) всех перечисленных препаратов
 - д) ничего из перечисленного
171. Переход хронического активного гепатита в цирроз печени характеризует
- а) варикозное расширение вен пищевода
 - б) спленомегалия
 - в) желтуха
 - г) гипоальбуминемия
 - д) верно а) и б)
172. Для цирроза печени не характерны морфологические изменения
- а) некроз
 - б) фиброз
 - в) жировая дистрофия
 - г) регенерация
 - д) перестройка архитектоники печени
173. При циррозе печени можно обнаружить
- а) снижение зрения
 - б) увеличение околоушных желез
 - в) ригидность ушных раковин
 - г) высокое небо
 - д) контрактуры Дюпюитрена
174. Наиболее редким физикальным признаком цирроза печени является
- а) пальпируемая печень
 - б) асцит
 - в) желтуха
 - г) пальпируемая селезенка
 - д) сосудистые звездочки
175. Характерной чертой первичного билиарного цирроза печени является
- а) злокачественное клиническое течение
 - б) выраженная гепатомегалия
 - в) желтуха немеханической природы
 - г) повышение сывороточных липидов
 - д) повышение активности аминотрансфераз
176. При диагностике первичного билиарного цирроза необходимо исключить
- а) вирусный цирроз печени с холестазом

- б) хронический склерозирующий холангит и перихолангит
 - в) механическую желтуху
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
177. Первичному билиарному циррозу соответствует симптомокомплекс
- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
178. Вирусному гепатиту соответствует симптомокомплекс
- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
179. Острому холециститу соответствует симптомокомплекс
- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
180. Хроническому активному гепатиту соответствует симптомокомплекс
- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
181. Острой дистрофии печени соответствует симптомокомплекс
- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина
 - б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы
 - в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер- γ -глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
 - г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз
 - д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз
182. При первичном билиарном циррозе рекомендуется

- а) кортикостероиды
 - б) D-пеницилламин
 - в) холестерин
 - г) все перечисленное
 - д) верно б) и в)
183. В развитии асцита при циррозе печени не имеют патогенетического значения
- а) портальная гипертензия
 - б) гипоальбуминемия
 - в) увеличение продукции печеночной лимфы
 - г) увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина
 - д) воспаление брюшины
184. Для асцита характерно наличие следующих симптомов
- а) одышки при физической нагрузке
 - б) снижения суточного диуреза
 - в) увеличения веса
 - г) верно а) и б)
 - д) всего перечисленного
185. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит, встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) гепатомы
 - б) болезни Бадда - Киари
 - в) хронического тромбоза воротной вены
 - г) констриктивного перикардита
186. У больных с асцитом парацентез применяется
- а) для диагностических целей
 - б) для компенсации дыхательных расстройств
 - в) для быстрого устранения асцита
 - г) ни для одной из перечисленных целей
 - д) для всего перечисленного
187. Противопоказаниями к проведению диагностического парацентеза у больного циррозом печени и асцитом являются
- а) лихорадка
 - б) нарастание симптомов печеночной энцефалопатии
 - в) синдром гиперспленизма
 - г) верно а) и в)
 - д) все перечисленные
188. При лечении асцита у больного циррозом печени диуретиками возможны осложнения
- а) гиповолемия
 - б) гипокалиемия
 - в) гиперкалиемия
 - г) азотемия
 - д) все перечисленные
189. Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени являются
- а) соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 г
 - б) ограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л
 - в) увеличение суточного диуреза
 - г) применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза
 - д) все перечисленные
190. При отеочно-асцитическом синдроме, связанном с циррозом печени, рациональная терапия диуретиками контролируется
- а) взвешиванием больного
 - б) измерением суточного диуреза
 - в) определением натрия и калия в сыворотке крови
 - г) верно а) и б)
 - д) всем перечисленным
191. Наиболее часто причиной застойного цирроза является
- а) митральный стеноз

- б) аортальная недостаточность
 - в) стеноз устья легочного ствола
 - г) констриктивный перикардит
 - д) верно а) и г)
192. При венозном застое, обусловленном сердечной недостаточностью, в печени чаще всего наблюдается
- а) перипортальное воспаление
 - б) ступенчатые некрозы
 - в) центрлобулярные некрозы
 - г) фокальные некрозы
 - д) все перечисленное
193. Наиболее резким осложнением застойного цирроза печени является
- а) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - б) печеночная кома
 - в) желтуха
 - г) асцит
 - д) отеки
194. Печеночная кома развивается в результате
- а) массивного некроза клеток печени
 - б) обширного фиброза
 - в) нарушения микроциркуляции в печени с тромбообразованием
 - г) всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
195. Печеночная кома бывает осложнением
- а) острого гепатита
 - б) цирроза печени
 - в) токсического гепатита
 - г) лекарственного гепатита
 - д) всего перечисленного
196. Большое количество аммония превращается печенью
- а) в глютамин
 - б) в α -кетоглутарат
 - в) в ангилазу
 - г) в мочевины
 - д) в меркаптан
197. Печеночный запах связан с обменом
- а) холина
 - б) билирубина
 - в) метионина
 - г) глютамина
 - д) α -кетоглутаровой кислоты
198. При тяжелых заболеваниях печени развитию печеночной энцефалопатии предшествует
- а) лихорадка
 - б) желудочно-кишечные кровотечения
 - в) белковая нагрузка на организм
 - г) все перечисленное
199. Для лечения хронической печеночной энцефалопатии рекомендуется
- а) лактулоза
 - б) орнитин
 - в) неомицин, канамицин и другие антибиотики
 - г) диета с низким содержанием белка
 - д) все перечисленное
200. Лечение эндогенной печеночной комы в качестве базисной терапии включает введение
- а) глюкозы
 - б) антибиотиков
 - в) гемодеза
 - г) витаминов С и группы В
 - д) всего перечисленного
201. В лечении печеночной комы

- наиболее эффективна оксигенотерапия, применяемая в виде
- а) ингаляций кислорода
 - б) кислородных коктейлей
 - в) гипербарической оксигенации
 - г) постоянной перфузии артериализованной крови через печень
202. Классификация дискинезий желчного пузыря и желчевыводящих путей включает
- а) гипокинетическую форму
 - б) гиперкинетическую форму
 - в) смешанную форму
 - г) все перечисленное
 - д) верно а) и б)
203. Гиперкинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется
- а) коликообразными или схваткообразными болями
 - б) болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область
 - в) сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
204. Гипокинетическая форма дискинезии желчного пузыря характеризуется
- а) ноющими болями в правом подреберье
 - б) удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании
 - в) частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом
 - г) всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
205. Диагноз дискинезии желчного пузыря основывается
- а) на клинических данных
 - б) на результатах пятифазного дуоденального зондирования
 - в) на рентгенологических данных
 - г) на всем перечисленном
 - д) верно а) и б)
206. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
- а) H₂-блокаторы гистамина
 - б) сукралфат и его аналоги
 - в) спазмолитические средства
 - г) беззондовые тюбажи
 - д) хирургическое лечение
207. В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют
- а) холекинетики
 - б) спазмолитики
 - в) хирургическое лечение
 - г) антациды
 - д) ферменты
208. Этиологическими факторами развития холецистита являются
- а) количественные и качественные отклонения в режиме питания
 - б) моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей
 - в) инфекция
 - г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)
209. К основным патогенетическим звеньям развития ферментативного холецистита относятся
- а) панкреатопузырный рефлюкс
 - б) стаз желчи
 - в) изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке
 - г) верно а) и б)

- д) все перечисленные
210. Болевой синдром при холециститах вызывается
- а) спазмом мускулатуры желчного пузыря
 - б) растяжением стенки желчного пузыря или протоков
 - в) повышением давления в желчевыводящей системе
 - г) верно а) и в)
 - д) всем перечисленным
211. К "пузырным" симптомам относятся
- а) симптом Поргеса
 - б) симптом Мейо - Робсона
 - в) симптом Ортнера
 - г) симптом Образцова
 - д) все перечисленные симптомы
212. Хронический холецистит может осложняться
- а) холангитом
 - б) холелитиазом
 - в) водянкой желчного пузыря
 - г) перитонитом
 - д) всем перечисленным
213. К основным принципам лечения холецистита относятся
- а) диетотерапия
 - б) фармакотерапия
 - в) физиотерапия
 - г) санаторно-курортное лечение
 - д) все перечисленные
214. В лечении холецистита используют следующие препараты
- а) но-шпа
 - б) эуфиллин
 - в) ганглерон
 - г) промедол
 - д) все перечисленные
215. К холеретикам относятся все перечисленные препараты, кроме
- а) олиметина
 - б) холензима
 - в) аллохола
 - г) оксафенамида
 - д) хологона
216. К холекинетикам относятся все перечисленные препараты, кроме
- а) холагола
 - б) ровахола
 - в) аллохола
 - г) ксилита
 - д) сорбита
217. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют
- а) левомецетин
 - б) фуразолидон
 - в) канамицин
 - г) невидграмон
 - д) энтеросептол
218. В качестве противовоспалительной терапии при холециститах используют
- а) антибиотики широкого спектра действия
 - б) препараты фурадоинового ряда
 - в) препараты налидиксовой кислоты
 - г) сульфаниламидные препараты
 - д) верно а) и г)
219. Действие, которое оказывают физиотерапевтические процедуры при холециститах
- а) тепловое
 - б) спазмолитическое
 - в) седативное
 - г) усиление желчеобразования и желчеотделения

- д) все перечисленные действия
220. Основными этиологическими факторами желчнокаменной болезни являются
- а) моторно-секреторные нарушения
 - б) нарушение процессов метаболизма в организме
 - в) количественные и качественные отклонения в режиме питания
 - г) наследственная предрасположенность
 - д) все перечисленные
221. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются
- а) нарушение метаболизма холестерина и билирубина
 - б) изменение pH желчи
 - в) холестаз
 - г) продукция печеночной клеткой литогенной желчи
 - д) все перечисленные
222. Желчные камни чаще всего состоят
- а) из солей желчных кислот
 - б) из холестерина
 - в) из оксалатов
 - г) из мочевой кислоты
 - д) из цистина
223. При желчнокаменной болезни имеет место
- а) снижение соотношения желчных кислот и холестерина
 - б) снижение уровня билирубина желчи
 - в) повышение уровня желчных кислот
 - г) повышение уровня лецитина
 - д) снижение уровня белков желчи
224. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести
- а) дуоденальное зондирование
 - б) внутривенную холеграфию
 - в) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
 - г) ультразвуковое исследование
 - д) верно б) и г)
225. Приступ желчной колики сопровождается
- а) острой болью
 - б) рвотой
 - в) лихорадкой
 - г) всем перечисленным
 - д) верно а) и б)
226. Локализация вентильного камня в пузырном протоке сопровождается
- а) кратковременными болями
 - б) переполнением и растяжением желчного пузыря
 - в) повторяющейся кратковременной желтухой
 - г) верно а) и в)
 - д) всем перечисленным
227. Растворение камней в желчном пузыре вызывают все перечисленные препараты, кроме
- а) холестирамина
 - б) хенофалька
 - в) урсофалька
228. При лечении желчнокаменной болезни применяют
- а) холевую кислоту
 - б) хенодзоксихолевою кислоту
 - в) литохолевую кислоту
 - г) граурохолевую кислоту
 - д) дегидрохолевую кислоту
229. Хенодзоксихолевою кислоту применяют с целью
- а) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
 - б) снижения уровня холестерина в сыворотке крови

- в) улучшения утилизации жиров в кишечнике
 - г) улучшения утилизации углеводов в кишечнике
230. Показаниями к литотрипсии является все перечисленное, кроме
- а) одиночных камней
 - б) камней диаметром менее 2 см
 - в) желтухи
 - г) холестериновых камней
 - д) сохранения сократительной функции желчного пузыря
231. К причинам постхолецистэктомического синдрома относятся
- а) ошибки предоперационной диагностики
 - б) технические дефекты операции
 - в) наличие осложнений
 - г) сопутствующие заболевания
 - д) все перечисленные
232. Для диагностики постхолецистэктомического синдрома наиболее предпочтительно
- а) рентгенологический метод исследования
 - б) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
 - в) эхография
 - г) фракционное дуоденальное зондирование
 - д) радиорентгенохромодиагностика
233. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются все перечисленные препараты, кроме
- а) но-шпы
 - б) левомицетина
 - в) гастропепина
 - г) тазепама
 - д) холагола
234. Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено
- а) на устранение дискинезии
 - б) на усиление желчеотделения
 - в) на подавление инфекции
 - г) на ликвидацию холестаза
 - д) на все перечисленное
235. Наиболее информативным методом диагностики патологии поджелудочной железы является
- а) рентгенологический
 - б) ультразвуковой
 - в) компьютерная томография
236. Секрцию панкреатического сока наиболее активно стимулируют
- а) соматостатин
 - б) гастрин
 - в) секретин
 - г) холецистокинин
 - д) верно в) и г)
237. Среди клинических форм хронического панкреатита выделяют
- а) болевую форму
 - б) хроническую рецидивирующую форму
 - в) безболевую форму
 - г) псевдоопухолевую (гиперпластическую) форму
 - д) все перечисленные
238. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является
- а) развитие сахарного диабета
 - б) снижение функции внешней секреции (гипоферментемия)
 - в) желтуха
 - г) повышение активности аминотрансфераз
 - д) гепатомегалия
239. Больному хроническим панкреатитом с латентным течением показано
- а) общий полноценный рацион
 - б) диета с преобладанием жиров

- в) диета с преобладанием углеводов
 - г) умеренная углеводно-белковая диета
 - д) диета с повышенным содержанием железа
240. Для лечения хронического панкреатита в фазе ремиссии применяются
- а) кортикостероиды
 - б) контрикал (трасилол)
 - в) ферментные препараты
 - г) ни один из перечисленных препаратов
 - д) все перечисленные препараты
241. При обострении хронического панкреатита для купирования болевого синдрома в комплексную терапию целесообразно включить
- а) баралгин
 - б) контрикал (трасилол) либо гордокс
 - в) жидкие антациды
 - г) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
 - д) все перечисленное
242. При хроническом панкреатите в фазе выраженного обострения с синдромом "уклонения ферментов" принципы медикаментозной терапии включают назначение
- а) М-холиноблокатора гастропепина
 - б) ферментных препаратов
 - в) антиферментного препарата трасилола или контрикала
 - г) алмагеля в больших количествах
 - д) верно а) и в)
243. Характеристика болей при панкреатите
- а) чаще локализуются в верхней половине живота
 - б) чаще локализуются в левом подреберье
 - в) носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине
 - г) чаще локализуются в правом подреберье
 - д) верно б) и в)
244. Наиболее частыми последствиями хронического панкреатита являются
- а) экзокринная недостаточность поджелудочной железы
 - б) перитонит
 - в) псевдокисты
 - г) асцит
 - д) все перечисленные
245. Основными лабораторными показателями хронического панкреатита (длительное течение) в стадии ремиссии, являются
- а) креаторея
 - б) стеаторея
 - в) снижение уровня ферментов в дуоденальном содержимом
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного

Ситуационная задача (тесты 246-248)

Больной 65 лет длительно страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. В течение последних 6-8 месяцев изменился характер болей, ухудшился аппетит, периодически стали беспокоить рвота, появилась желтуха, обесцвеченный кал, стала нарастать общая слабость, снизилась трудоспособность.

В стационаре отмечались выраженная желтушность кожных покровов, бледность видимых слизистых оболочек, значительное снижение веса. Печень и селезенка не увеличены. Температура нормальная. Гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты - 9.5×10^9 /л, СОЭ - 60 мм/час, билирубин - 34.2 мкмоль/л (прямой - 5.2). Активность амилазы крови и мочи, а также уровень сахара в пределах нормы.

246. Для установления правильного диагноза следует использовать
- а) дуоденальное зондирование
 - б) ультразвуковое исследование
 - в) рентгенологическое исследование
 - г) холецистографию
 - д) верно б) и в)
247. Прежде всего можно заподозрить
- а) рак поджелудочной железы

- б) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)
 - в) псевдоопухолевую форму хронического панкреатита
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
248. Диагноз позволит подтвердить
- а) рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
 - б) ультразвуковое исследование
 - в) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией
 - г) анализ анамнестических данных
 - д) все перечисленное
249. Причиной развития хронического энтероколита являются
- а) оперативные вмешательства на органах брюшной полости
 - б) предшествующие хронические болезни других органов пищеварения
 - в) ранее перенесенные острые кишечные инфекции
 - г) алиментарные нарушения и злоупотребление алкогольными напитками
 - д) все перечисленные
250. К возможным механизмам развития хронического энтероколита относятся
- а) нарушение секреторно-моторной функции кишечника
 - б) нарушение переваривания пищи
 - в) нарушение всасывания
 - г) дисбактериоз
 - д) все перечисленные
251. Для хронического энтероколита в фазе обострения характерны все перечисленные симптомы, кроме
- а) поносов
 - б) нарушения электролитного состава крови
 - в) снижения веса
 - г) асцита
 - д) обезвоживания организма
252. Для хронического энтероколита с длительным течением в фазе ремиссии характерны симптомы
- а) дефицит веса
 - б) общая слабость
 - в) снижение трудоспособности
 - г) гипопроteinемия и анемия
 - д) все перечисленные
253. При копрологическом исследовании у больных хроническим энтероколитом встречается все перечисленное, кроме
- а) креатореи
 - б) мыл и жирных кислот
 - в) внутриклеточного крахмала
 - г) внеклеточного крахмала
 - д) нейтрального жира
254. К возможным осложнениям хронического энтероколита относятся
- а) анемия гипохромного характера
 - б) анемия гиперхромного характера
 - в) дисбактериоз
 - г) остеопороз
 - д) все перечисленные
255. Характерными симптомами хронического энтероколита при длительном течении являются
- а) поносы
 - б) боли в костях
 - в) дефицит веса и общая слабость
 - г) анемия
 - д) все перечисленные
256. Для лечения хронического энтероколита в фазе ремиссии применяется
- а) диета
 - б) витамины группы В
 - в) препараты ферментного действия

- г) анаболические стероидные препараты
 - д) все перечисленное
257. Больному хроническим энтероколитом в остром периоде, осложненным дисбактериозом кишечника, в первые дни показано лечение всем перечисленным, кроме
- а) диеты
 - б) антибактериальных препаратов целенаправленного действия
 - в) внутривенного введения солевых и дезинтоксикационных растворов
 - г) биологических препаратов
 - д) препаратов десенсибилизирующего действия
258. Больному хроническим энтероколитом в фазе ремиссии при наличии дисбактериоза кишечника показано лечение
- а) биологическими препаратами
 - б) антиферментными препаратами
 - в) препаратами ферментного действия
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
259. Нормализации деятельности кишечника при поносах способствуют следующие пищевые продукты
- а) картофель
 - б) плоды черемухи
 - в) черника
 - г) грецкие орехи
 - д) верно б) и в)
260. Эффективными препаратами ферментного действия являются
- а) холензим
 - б) панкреатин
 - в) мезим форте
 - г) фестал
 - д) все перечисленные
261. При копрологическом исследовании при синдроме раздраженной толстой кишки выявляют
- а) мыльную стеаторею
 - б) йодофильную флору
 - в) отсутствие элементов воспаления
 - г) большое количество лейкоцитов
 - д) мышечные волокна без исчерченности
262. В терапию синдрома раздраженной толстой кишки следует включить
- а) семя льна
 - б) пшеничные отруби
 - в) сок капусты
 - г) все перечисленное
263. Обострение неспецифического язвенного колита может быть связано
- а) с прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином
 - б) с беременностью
 - в) с нарушением диеты
 - г) с интеркуррентной инфекцией
 - д) со всем перечисленным
264. Основными клиническими симптомами неспецифического язвенного колита являются все перечисленные, кроме
- а) кишечных кровотечений
 - б) болей в животе
 - в) поносов
 - г) перианальных абсцессов
265. Внешнекишечными проявлениями неспецифического язвенного колита являются
- а) артрит
 - б) поражение кожи
 - в) поражение печени
 - г) тромбозы
 - д) все перечисленные
266. При неспецифическом язвенном колите

- диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки
- а) увеличение диаметра кишки
 - б) множественные гаустрации
 - в) картина "бульжной мостовой"
 - г) мешковидные выпячивания по контуру кишки
 - д) изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
267. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются
- а) гиперемия и отек слизистой оболочки
 - б) контактная кровоточивость
 - в) сужение просвета кишки и ее ригидность
 - г) поверхностные дефекты слизистой оболочки
 - д) все перечисленные
268. В диагностике неспецифического язвенного колита ведущее значение имеет
- а) физикальное обследование
 - б) анализ кала на скрытую кровь
 - в) ирригоскопия
 - г) колоноскопия
 - д) верно в) и г)
269. В профилактике рецидивов неспецифического язвенного колита достоверное значение имеет
- а) щадящая диета
 - б) прием сульфасалазина в дозе 1-2 г в сутки
 - в) ограничение физической нагрузки
 - г) прием седативных средств
 - д) ничего из перечисленного
270. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется
- а) диета с исключением молока
 - б) безбелковая диета
 - в) протертая пища
 - г) диета с исключением моносахаридов
 - д) диета с пониженным количеством жира
271. При неспецифическом язвенном колите средней степени тяжести медикаментозным средством выбора является
- а) кортикостероиды
 - б) фталазол
 - в) левомицетин
 - г) сульфасалазин
 - д) ампициллин
272. Стероидные гормоны при неспецифическом язвенном колите применяются
- а) для лечения прогрессирующих форм заболевания
 - б) для ускорения клинической ремиссии
 - в) при угрожающих жизни состояниях
 - г) при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции
 - д) во всех перечисленных случаях
273. Больной неспецифическим язвенным колитом получает бификол. В связи с повышением температуры больному назначают тетрациклин. Под влиянием антибиотика биологическая активность бификола
- а) повысится
 - б) снизится
 - в) не изменится
 - г) действие препаратов взаимно усилится
274. Показаниями к оперативному лечению при неспецифическом язвенном колите является все перечисленное, кроме
- а) перфорации кишки
 - б) неэффективности консервативного лечения
 - в) рака на фоне заболевания
 - г) тотального поражения толстой кишки
275. В развитии дисбактериоза кишечника имеет значение
- а) недостаточность продукции соляной кислоты

- б) истощение экскреторной функции поджелудочной железы
 - в) изменения рН кишечного сока
 - г) длительное применение антибиотиков, дефицит белка и витаминов группы В
 - д) все перечисленное
276. При протейном дисбактериозе рационально назначать все перечисленные препараты, кроме
- а) производных нитрофурана
 - б) невидграмона
 - в) протейного бактериофага
 - г) эубиотиков
 - д) ампициллина
277. Для нормализации состава кишечной флоры при дисбактериозе используются все перечисленные препараты, кроме
- а) эубиотиков
 - б) производных нитрофурана
 - в) антибиотиков широкого спектра
 - г) бактериофагов
278. При кандидамикозе (кандидозе) следует назначить
- а) невидграмон
 - б) левомецетин
 - в) леворин
 - г) верно а) и б)
279. Препараты нитрофурановой группы оказывают преимущественное действие на следующие микробы
- а) стафилококки
 - б) протей
 - в) синегнойную палочку
 - г) эшерихии (патологические штаммы)
 - д) верно б) и г)
280. Препараты группы налидиксовой кислоты оказывают преимущественное действие на следующие микробы
- а) клебсиеллу
 - б) протей
 - в) эшерихии (патологические штаммы)
 - г) стрептококки
 - д) верно б) и в)
281. При дисбактериозе, вызванном клебсиеллой, следует назначить
- а) вибрамицин
 - б) амикацин
 - в) тетрациклин
 - г) клиндамицин
 - д) ничего из перечисленного
282. При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой, лучше назначить
- а) карбенициллин
 - б) гентамицин
 - в) эритромицин
 - г) верно б) и в)
 - д) верно а) и б)
283. При стафилококковом дисбактериозе наиболее рационально назначить антибиотики из группы
- а) макролидов
 - б) тетрациклинов
 - в) цефалоспоринов
 - г) аминогликозидов
 - д) верно а) и в)
284. Нарушению нормального состава микрофлоры кишечника способствуют все перечисленные препараты, кроме
- а) сульфаниламидов
 - б) эубиотиков
 - в) биологических препаратов

- г) антибиотиков
 - д) верно б) и в)
285. Язвенная болезнь желудка чаще возникает в возрасте
- а) 10-20 лет
 - б) 20-30 лет
 - в) до 10 лет
 - г) после 40 лет
 - д) в любом возрасте
286. Асцит при циррозе печени является следствием
- а) вторичного гиперальдостеронизма
 - б) гипоальбуминемии
 - в) портальной гипертензии
 - г) всего перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
287. Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего
- а) при язвенной болезни
 - б) при холелитиазе
 - в) при постгастрорезекционном синдроме
 - г) при хроническом колите
 - д) при лямблиозе

Раздел 13

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

001. По современным представлениям, основными механизмами прогрессирования гломерулонефрита являются
- а) иммунные
 - б) иммунно-воспалительные и воспалительно-гемокоагуляционные
 - в) гормонально-гемодинамические
 - г) все перечисленные механизмы
002. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится
- а) частые рецидивы нефротического синдрома
 - б) сочетание нефротического и гипертензивного синдромов
 - в) сочетание протеинурии с гематурией
 - г) присоединение тубулоинтерстициального поражения
 - д) все перечисленное
003. Причиной персистирования и хронизации иммунного ответа является
- а) постоянное поступление антигена (персистирование этиологического фактора)
 - б) особенности иммунного ответа (сила и характер)
 - в) недостаточность (неэффективность) системного и местного фагоцитоза
 - г) все перечисленное
004. Если больной переносит стрептококковую инфекцию, острый гломерулонефрит обычно начинается
- а) во время заболевания
 - б) через 5-7 дней после начала заболевания
 - в) через 10-14 дней после начала заболевания
005. Острый нефротический синдром характеризуют
- а) артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия
 - б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия
 - в) отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия
006. Особенности диеты при остром гломерулонефрите
- а) калорийность пищи 2500, животный белок 20.0 в сутки
 - б) калорийность пищи 1500, животный белок до 40.0 в сутки
 - в) калорийность пищи 2500, исключение животного белка
 - г) калорийность пищи 1500, животный белок до 20.0 в сутки
007. У больного с прогрессирующим нефритом и хронической почечной недостаточностью

возникло легочное кровотечение.

Наиболее вероятный диагноз

- а) системная красная волчанка с поражением легких
- б) синдром Гудпасчера
- в) бронхоэктазы и амилоидоз почек

008. Все перечисленные утверждения верны, за исключением
- а) начало острого гломерулонефрита возможно без повышения артериального давления и отеков
 - б) исход эклампсии при остром гломерулонефрите благоприятный
 - в) для больных с острым гломерулонефритом характерна гиперстенурия
 - г) уровень комплемента сыворотки при остром гломерулонефрите высокий
009. Ангиоретинопатия у больных с подострым нефритом выявляется
- а) через несколько дней (от начала заболевания)
 - б) через несколько недель
 - в) через 6 месяцев
010. Факторы, которые ускоряют прогрессирование хронической почечной недостаточности
- а) выраженная артериальная гипертензия
 - б) гиперпаратиреозидизм
 - в) активность основного заболевания
 - г) все перечисленные
011. Содержание хлористого натрия в пище при остром гломерулонефрите
- а) не более 5 г
 - б) не более 3 г
 - в) исключено полностью
012. Для больного гломерулонефритом, уровень калия в плазме которого равен 6 мэкв/л, предпочтителен
- а) фуросемид
 - б) верошпирон
 - в) триамтерен
013. Больному острым гломерулонефритом с олигурией ограничение жидкости
- а) необходимо
 - в) не обязательно
 - в) в зависимости от уровня артериального давления
014. Протеинурия при подостром гломерулонефрите составляет
- а) до 1 г/сут
 - б) до 3 г/сут
 - в) свыше 3 г/сут
015. Уремия при подостром гломерулонефрите развивается
- а) через 3-5 месяцев (от начала заболевания)
 - б) через 1 год
 - в) через 3 года
016. Для лечения подострого гломерулонефрита используют
- в) пульс-терапию стероидными препаратами с последующим назначением массивных доз преднизолона и цитостатиков
 - б) плазмаферез, пульс-терапию с последующей четырехкомпонентной терапией (преднизолоном, цитостатиками, гепарином, курантилом)
 - в) плазмаферез, пульс-терапию с последующим назначением индометацина
017. Болезнь Берже характеризуют
- а) выраженная протеинурия и гематурия
 - б) протеинурия и отложение IgA в мезангиуме
 - в) гематурия и отложение IgA в мезангиуме
 - г) гематурия и отложение IgG в мезангиуме
018. Нефроптоз может осложниться
- а) пиелонефритом
 - б) фроникальным кровотечением
 - в) артериальной гипертензией
 - г) всем перечисленным

019. Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается
- а) при макрогематурии
 - б) при нефротическом синдроме
 - в) при артериальной гипертензии
 - г) при сочетании протеинурии с гематурией
 - д) при сочетании артериальной гипертензии и нефротического синдрома
020. Для лечения артериальной гипертензии при хронической почечной недостаточности следует выбрать следующую группу гипотензивных препаратов
- а) тиазидовый диуретик и β -адреноблокатор
 - б) фуросемид в сочетании с β -адреноблокатором
 - в) допегит, празозин, гидралазин, коринфар
 - г) клофелин, верошпирон
021. "Сольтертящая почка" может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) хронического гломерулонефрита
 - б) хронического пиелонефрита
 - в) лекарственной нефропатии
 - г) поликистоза почек
 - д) обструктивной нефропатии
022. Для лечения отеков при нефротическом синдроме следует назначить
- а) только диуретики
 - б) инфузии альбумина в сочетании с диуретиками
 - в) только инфузии альбумина
 - г) спиронолактоны, инфузии альбумина, диуретики
023. У больного, страдающего хроническим гломерулонефритом и получающего лечение преднизолоном в суточной дозе 80 мг, выявлена язва желудка. Ваши действия
- а) увеличение дозы преднизолона
 - б) уменьшение дозы преднизолона
 - в) перевод на парентеральное введение преднизолона с постепенной отменой
 - г) полная отмена преднизолона
024. Длительное лечение цитостатиками в поддерживающих дозах требует
- а) контроля числа эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина 1 раз в месяц
 - б) контроля функционального состояния печени 1 раз в 2-3 месяца
 - в) всего перечисленного
025. Для пульс-терапии больных хроническим гломерулонефритом применяют
- а) азатропин
 - б) хлорбутин (лейкеран)
 - в) циклофосфан
026. Больной гломерулонефритом получает преднизолон. Добавление к лечению цитостатических препаратов необходимо
- а) для уменьшения гематурии
 - б) для лучшей переносимости преднизолона
 - в) для улучшения результатов лечения
 - г) для уменьшения вероятности инфекционных осложнений
027. Показанием к лечению нефрита по четырехкомпонентной схеме является
- а) изолированный нефротический синдром
 - б) злокачественная артериальная гипертензия
 - в) выраженная активность гломерулонефрита
 - г) длительность заболевания
028. При лечении больных хроническим гломерулонефритом хлорбутином необходимо постоянно следить
- а) за содержанием лейкоцитов в крови
 - б) за содержанием тромбоцитов в крови
 - в) за количеством гемоглобина
 - г) за всеми перечисленными показателями

029. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение
- а) преднизолоном
 - б) цитостатиками
 - в) индометацином
 - г) курантилом
 - д) гепарином
030. Гипокалиемия может наблюдаться при всех указанных состояниях, кроме
- а) первичного гиперальдостеронизма
 - б) болезни Иценко - Кушинга
 - в) реноваскулярной гипертензии
 - г) ренинсекретирующей опухоли
 - д) олигурической почечной недостаточности
031. Показанием для биопсии почки является
- а) новообразование почки
 - б) нефротический синдром
 - в) хронический пиелонефрит
 - г) поликистоз почек
032. Злокачественная гипертензия возможна при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) пиелонефрита
 - б) амилоидоза
 - в) узелкового периартериита
 - г) первичного нефросклероза
033. Бактериемический шок может быть осложнением
- а) пиелонефрита
 - б) гломерулонефрита
 - в) подагрической нефропатии
 - г) амилоидоза
034. Острый лекарственный гломерулонефрит может развиваться при лечении
- а) сульфаниламидами
 - б) бутадионом
 - в) D-пенициллинами
 - г) всеми перечисленными препаратами
035. Нефротический синдром может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) пиелонефрита
 - б) амилоидоза
 - в) системной красной волчанки
 - г) тромбоза почечных вен
036. Сроки возникновения хронической почечной недостаточности при фокально-сегментарном склерозе, протекающем с умеренной протеинурией
- а) до 3 лет
 - б) до 5 лет
 - в) до 15-20 лет
037. Больному хроническим гломерулонефритом проводится терапия, включающая гепарин. На 2-й день лечения появилась макрогематурия. Ваши действия
- а) отмена гепарина
 - б) продолжение терапии меньшими дозами гепарина под контролем времени свертывания крови
 - в) назначение гемостатической терапии
 - г) ничего из перечисленного
038. "Сольтеряющий синдром" чаще встречается
- а) при хроническом гломерулонефрите
 - б) при хроническом интерстициальном нефрите
 - в) при амилоидозе почек
 - г) при волчаночном нефрите
039. Из перечисленных симптомов к азотемической интоксикации не имеет отношения

- а) кожный зуд
 - б) эритроцитоз
 - в) полиурия, полидипсия
 - г) тошнота, рвота
040. Наиболее ранним признаком "гипокалиемической" почки является
- а) олигурия, анурия
 - б) полиурия, полидипсия
 - в) лейкоцитурия
 - г) гематурия
 - д) все указанные симптомы
041. У больного с хронической почечной недостаточностью при обследовании выявлена выраженная гипокалиемия. Из перечисленного главной причиной этого состояния может стать
- а) состав пищи, употребляемой больным
 - б) рвота
 - в) диарея
042. У больного с хронической почечной недостаточностью и обильной рвотой в течение 2-х недель отмечается нарастание креатинина и мочевины плазмы крови. Ваши действия
- а) коррекция диеты
 - б) введение 10% раствора хлористого натрия внутривенно
 - в) наложение артериовенозного шунта и лечение гемодиализом
 - г) все перечисленное
043. При составлении диеты больному с хронической почечной недостаточностью следует предусмотреть
- а) ограничение белка
 - б) достаточную калорийность пищи
 - в) ограничение фосфатов
 - г) все перечисленное
044. Наиболее важным этиологическим фактором хронической почечной недостаточности является
- а) хронический пиелонефрит
 - б) хронический гломерулонефрит
 - в) гипертоническая болезнь
 - г) диффузные заболевания соединительной ткани
045. Общее количество калия в организме при терминальной стадии хронической недостаточности
- а) повышается
 - б) понижается
 - г) не изменяется
046. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует
- а) артериальная гипертензия
 - б) анемия
 - в) перегрузка жидкостью и натрием
 - г) все перечисленное
047. Наименьшим диуретическим действием из перечисленных препаратов обладает
- а) гипотиазид
 - б) верошпирон
 - в) триампур
 - г) фуросемид
048. Наибольшим калийуретическим действием обладает
- а) триамтерен
 - б) гипотиазид
 - в) лазикс
 - г) урегит
049. Верошпирон может вызывать
- а) гинекомастию у мужчин
 - б) нарушение месячного цикла у женщин

- в) гирсутизм
 - г) гиперкалиемию
 - д) все перечисленные нарушения
050. Наиболее точно отражает степень хронической почечной недостаточности показатель
- а) мочевины
 - б) остаточного азота
 - в) креатинина
 - г) калия
051. Наиболее ранними признаками хронической почечной недостаточности являются
- а) повышение артериального давления
 - б) полиурия, полидипсия
 - в) гиперкалиемия
052. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности является
- а) гломерулярный некроз
 - б) папиллярный некроз
 - в) тубулярный некроз
 - г) поражение интерстиция
053. Внутрисосудистый гемолиз не является причиной острой почечной недостаточности
- а) при гемотрансфузионных конфликтах и малярии
 - б) при воздействии экзогенных токсинов и иммунном повреждении
 - в) при кардиогенном шоке
054. У больного с развившейся острой почечной недостаточностью и отсутствием желтухи можно заподозрить
- а) отравление грибами
 - б) лептоспироз
 - в) острый гломерулонефрит
055. Причиной гемолитико-уремического синдрома может быть
- а) массивный гемолиз
 - б) внутрисосудистое свертывание крови
 - в) шок
 - г) отравление бледной поганкой
 - д) отравление нитратами
056. При шоке причиной острой почечной недостаточности является
- а) вегетативные нарушения
 - б) влияние токсических веществ поврежденных тканей
 - в) падение артериального давления
 - г) сопутствующая инфекция
 - д) образование комплексов антиген - антитело
057. Острую почечную недостаточность вызывают антибиотики группы
- а) пенициллинов
 - б) макролидов
 - в) тетрациклинов
 - г) аминогликозидов
 - д) цефалоспоринов
058. Преренальная острая почечная недостаточность характеризуется
- а) низкой относительной плотностью мочи
 - б) низкой осмолярностью мочи
 - в) обильным осадком в моче
 - г) низкой концентрацией натрия в моче
 - д) низкой концентрацией мочевины в моче
059. Возможная продолжительность олигурии при острой почечной недостаточности составляет
- а) 1-2 недели
 - б) несколько часов
 - в) от нескольких часов до нескольких недель
 - г) все перечисленное
060. Полное восстановление функции почек при острой почечной недостаточности наступает через
- а) 3-12 мес

- б) 1-6 мес
 - в) 0.5-4 мес
061. В случае развития острой почечной недостаточности при нефропатии беременных находят следующие морфологические изменения почек
- а) острый тубулярный некроз
 - б) острый тубулярный некроз и острый очаговый кортикальный некроз
 - в) острый кортикальный некроз
062. Период восстановления диуреза при острой почечной недостаточности характеризуется
- а) увеличением удельного веса мочи
 - б) полиурией
 - в) изостенурией
063. В стадию восстановления диуреза при острой почечной недостаточности больному угрожает
- а) отек легких
 - б) гипокалиемия
 - в) гипергидратация
 - г) уремический перикардит
 - д) все перечисленное
064. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение
- а) плазмы
 - б) плазмозамещающих растворов
 - в) солевых растворов
 - г) фуросемида
065. У больных с острой почечной недостаточностью инфекционного и травматического происхождения уровень продуктов белкового метаболизма
- а) остается без изменений
 - б) незначительно увеличивается
 - в) увеличивается в несколько раз
 - г) снижается в 1.5-2 раза
066. При сепсисе, обширных гематомах и травмах гиперкалиемия может увеличиваться
- а) на 0.5 мэкв/л/сут
 - б) на 1.2 мэкв/л/сут
 - в) на 1-2 мэкв/л/сут
067. Критерием умеренной гиперкалиемии является
- а) K^+ плазмы 5.5-6.5 мэкв/л при отсутствии изменений ЭКГ
 - б) K^+ плазмы 5.5-6.5 мэкв/л и наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т на ЭКГ
 - в) K^+ плазмы 6.5-7.5 мэкв/л, наличие высокоамплитудного заостренного зубца Т и расширения комплекса QRS на ЭКГ
 - г) исчезновение зубца Р и появление признаков нарушения проводимости на ЭКГ
068. Умеренную гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно корригировать путем введения
- а) солей кальция
 - б) раствора гидрокарбоната натрия
 - в) концентрированного раствора глюкозы с инсулином
 - г) любым из перечисленных средств
069. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является
- а) повышение содержания мочевины в крови
 - б) повышение содержания креатинина в крови
 - в) гиперфосфатемия
 - г) гиперкалиемия
 - д) гиперурикемия

070. Абсолютным показанием к срочному проведению гемодиализа при острой почечной недостаточности является
- а) анурия
 - б) высокая гипертензия
 - в) повышение уровня калия сыворотки до 7 мэкв/л
 - г) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
 - д) развитие перикардита
071. Показанием для изолированной ультрафильтрации служит
- а) ацидоз с дефицитом буферных оснований (BE) -15 мэкв/л
 - б) гипотоническая гипергидратация и отек мозга
 - в) констриктивный перикардит
 - г) гипопротеинемия 45 г/л
072. Причиной прогрессирующей анемии при длительной анурии является
- а) подавление эритропоэза
 - б) гемолиз
 - в) дефекты гемостаза
 - г) гемодилуция и подавление синтеза трансферрина
 - д) все перечисленное
073. При лечении острой почечной недостаточности необходима диета
- а) с повышенным содержанием белка
 - б) фруктово-овощная
 - в) с исключением жиров
 - г) углеводно-жировая
 - д) с низким содержанием белка
074. При нарушении функции почек наиболее безопасным антибиотиком, который можно применять в обычной дозировке, является
- а) стрептомицин
 - б) левомецетин
 - в) тетрациклин
 - г) гентамицин
 - д) доксициклин
075. Больному с острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии и признаков гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут можно вводить жидкости в объеме
- а) до 200 мл/сут
 - б) до 700 мл/сут
 - в) до 1200 мл/сут
 - г) до 1500 мл/сут
076. Пиелонефрит осложняет течение мочекаменной болезни
- а) в 10% случаев
 - б) в 20% случаев
 - в) в 50% случаев
 - г) в 80% случаев
 - д) в 100% случаев
077. Анализ мочи по Нечипоренко целесообразен
- а) при хроническом активном калькулезном пиелонефрите
 - б) при коралловидном камне, пиурии
 - в) при остром гнойном пиелонефрите
 - г) во всех перечисленных случаях
 - д) ни в одном из перечисленных случаев
078. Посев мочи целесообразно производить
- а) при остром гнойном пиелонефрите
 - б) при хроническом активном пиелонефрите
 - в) при хроническом латентном пиелонефрите
 - г) во всех перечисленных случаях
 - д) ни в одном из перечисленных случаев
079. Основным путем попадания микобактерий туберкулеза в почку является
- а) гематогенный
 - б) контактный с соседних органов

- в) восходящий
 - г) лимфогенный
 - д) все перечисленные
080. Для выявления микобактерий туберкулеза в моче применяют все перечисленные методы, кроме
- а) бактериологического
 - б) бактериоскопического
 - в) иммунологического
 - г) биологического
081. Нарушения уродинамики при беременности начинаются
- а) с 2-4 нед
 - б) с 5-6 нед
 - в) с 7-10 нед
 - г) с 15-20 нед
 - д) с 30 нед
082. Увеличение диуреза при беременности начинается
- а) в I триместре
 - б) во II триместре
 - в) в III триместре
 - г) в любые сроки
 - д) непосредственно перед родами
083. Тип наследования при наследственном амилоидозе
- а) аутосомно-рецессивный
 - б) аутосомно-доминантный
 - в) и тот, и другой
 - г) ни тот, ни другой
084. Вторичный амилоидоз может развиваться
- а) при ревматоидном артрите
 - б) при псориатическом артрите
 - в) при опухолях
 - г) при бронхоэктазах
 - д) во всех перечисленных случаях
085. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови
- а) легких цепей иммуноглобулинов
 - б) преальбумина
 - в) белка s AA
 - г) β_2 -микроглобулина
 - д) всего перечисленного
086. При старческом амилоидозе наиболее часто поражаются все перечисленные органы, кроме
- а) головного мозга
 - б) сердца, аорты
 - в) почек
 - г) поджелудочной железы
087. При вторичном амилоидозе прогноз, главным образом, определяется поражением
- а) почек
 - б) надпочечников
 - в) сердечно-сосудистой системы
 - г) периферической нервной системы
088. Нефротический синдром при амилоидозе
- а) легко купируется стероидами
 - б) сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности
 - в) встречается очень редко
 - г) исчезает при развитии хронической почечной недостаточности
089. Для диагностики амилоидоза наиболее информативно гистологическое исследование
- а) десны
 - б) подкожного жира
 - в) слизистой оболочки прямой кишки

- г) ткани почки
090. Для выявления амилоида в биоптате необходима
- а) окраска гематоксилином и эозином
 - б) PAS-реакция
 - в) окраска конго
 - г) импрегнация серебром по Джонсу - Моури
 - д) любой из перечисленных методов
091. При амилоидозе продолжительность лечения колхицином составляет
- а) 1 мес
 - б) 5-6 мес
 - в) 1-2 года и более
092. При миеломной болезни с поражением почек особенно опасно развитие
- а) гипергидратации
 - б) дегидратации
 - в) гиперкалиемии
 - г) гипокалиемии
 - д) гипофосфатемии
093. Для предупреждения развития острой почечной недостаточности при миеломной болезни целесообразно назначить
- а) калийсберегающие мочегонные
 - б) обильное щелочное питье
 - в) обильное кислое питье
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
094. Острая мочекислая нефропатия может развиваться
- а) при распаде опухоли
 - б) при лечении опухоли цитостатиками
 - в) при радиационной терапии
 - г) во всех перечисленных случаях
095. При поражении почек и подозрении на миеломную болезнь показаны все перечисленные исследования, кроме
- а) электрофореза белков сыворотки
 - б) внутривенной урографии
 - в) рентгенографии костей скелета
 - г) пункции костного мозга
 - д) пункционной биопсии почек
096. Интерстициальный нефрит при подагре клинически проявляется
- а) нефротическим синдромом
 - б) повышением артериального давления
 - в) мочевым синдромом
 - г) всем перечисленным
097. Почечным осложнением при подагре помимо интерстициального нефрита является
- а) синдром Фанкони
 - б) мочекаменная болезнь
 - в) амилоидоз
 - г) все перечисленное
098. Для лечения подагрической нефропатии используется
- а) бенамид
 - б) аллопуринол
 - в) курантил
 - г) тиазидные мочегонные
099. Медикаментозная коррекция показана при уровне мочевой кислоты в моче выше
- а) 0.04 г/л
 - б) 0.06 г/л
 - в) 0.08 г/л
 - г) 0.1 г/л
100. Анемия у больных раком почки наблюдается
- а) в 10% случаев
 - б) в 20% случаев

- в) в 50% случаев
 - г) в 100% случаев
101. Изостенурия - это состояние, при котором
- а) плотность мочи равна плотности плазмы
 - б) плотность мочи ниже 1018
 - в) плотность мочи 1015
102. Условием правильного проведения пробы Зимницкого, позволяющей оценить состояние концентрационной способности почек, является
- а) прием более 2 литров жидкости
 - б) прием менее 5 литров жидкости
 - в) прием около 1 литра жидкости
103. К функциональной протеинурии относят
- а) ортостатическую протеинурию
 - б) лихорадочную протеинурию
 - в) протеинурию напряжения
 - г) все перечисленные типы
104. Лейкоцитурией называется увеличение числа лейкоцитов в моче свыше
- а) 10 в поле зрения, или 4000 в 1 мл
 - б) 3-4 в поле зрения, или 2000 в 1 мл
 - в) 15-20 в поле зрения, или 6000 в 1 мл
105. Лейкоцитурия возникает
- а) при пиелонефрите
 - б) при гломерулонефрите
 - в) при амилоидозе
 - г) при всех перечисленных заболеваниях
106. При посеве дневной мочи выявлена бактериурия 10^3 в 1 мл. Ваши последующие действия
- а) исследование чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам
 - б) лечение антибактериальными препаратами без определения чувствительности микрофлоры
 - в) посев ночной мочи
 - г) посев мочи, взятой катетером
107. Урография позволяет
- а) определить размеры почек
 - б) определить положение почек
 - в) выявить конкременты
 - г) оценить функцию почек
 - д) получить все перечисленные сведения
108. Максимальная суточная протеинурия в норме составляет
- а) 50 мг
 - б) 100 мг
 - в) 150 мг
 - г) 300 мг
 - д) 500 мг
109. Свидетельством почечного происхождения гематурии является обнаружение в моче
- а) измененных эритроцитов
 - б) эритроцитарных цилиндров
 - в) эритроцитов и протеинурии одновременно
 - г) выщелоченных эритроцитов
110. Животный белок и поваренная соль в пище
- а) способствуют повышению клубочковой фильтрации
 - б) способствуют понижению клубочковой фильтрации
 - в) не изменяют клубочковую фильтрацию
 - г) влияют в зависимости от природы основного заболевания
 - д) влияют в зависимости от уровня артериального давления
111. При заболеваниях почек

- а) сначала нарушается процесс разведения мочи
 - б) сначала нарушается процесс концентрирования мочи
 - в) нарушение процессов разведения и концентрирования происходит одновременно
 - г) очередность нарушений зависит от характера заболевания
112. Исследование функции почек
- а) имеет самостоятельное диагностическое значение
 - б) не имеет самостоятельного диагностического значения
113. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является
- а) артериальная гипертензия
 - б) гиперкалиемия
 - в) повышение уровня креатинина в крови
 - г) олигурия
 - д) протеинурия
114. У молодых женщин нефрит наиболее часто может быть проявлением
- а) дерматомиозита
 - б) системной красной волчанки
 - в) системной склеродермии
 - г) тромбоцитопенической пурпуры
 - д) узелкового периартериита

Раздел 14

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

001. При недостаточности инсулина наблюдается
- 1) гипергликемия
 - 2) усиление синтеза гликогена
 - 3) уменьшение синтеза гликогена
 - 4) увеличение образования кетоновых тел
 - 5) уменьшение образования кетоновых тел
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2, 4
 - в) верно 1, 3, 4
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 2, 4, 5
002. При недостаточности инсулина наблюдается
- 1) гипергликемия
 - 2) гиполипотеинемия
 - 3) жировая инфильтрация печени
 - 4) гиперкетонемия
 - 5) снижение уровня неэтерифицированных жирных кислот
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 3, 4, 5
 - в) верно 1, 3, 4
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 1, 3, 5
003. Основными патофизиологическими отличиями сахарного диабета I типа от сахарного диабета II типа являются все перечисленные, кроме
- а) склонности к кетоацидозу
 - б) абсолютного дефицита инсулина
 - в) высокого уровня С-пептида
 - г) генетического дефекта противовирусного иммунитета
 - д) деструкции клеток
004. В этиологии сахарного диабета I типа играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) инфекции
 - б) ожирения
 - в) наследственности
005. Среди перечисленных характеристик к сахарному диабету у подростков не относится
- а) диабет I типа

- б) инсулинозависимый диабет
 - в) инсулинодефицитный диабет
 - г) диабет II типа
006. Сахарный диабет у подростков является результатом
- 1) вирусного повреждения поджелудочной железы
 - 2) аутоиммунного повреждения поджелудочной железы
 - 3) нарушения биосинтеза инсулина
 - 4) нарушения чувствительности рецепторов к инсулину
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 3
 - д) верно 2, 4
007. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом
- а) жирового гепатоза
 - б) гепатита
 - в) цирроза
 - г) всего перечисленного
008. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет
- а) 8.3-10.1 ммоль/л
 - б) 6.2-9.3 ммоль/л
 - в) 2.7-5.5 ммоль/л
 - г) 3.8-6.7 ммоль/л
 - д) 3.3-5.5 ммоль/л
009. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет
- а) 8.43 ммоль/л
 - б) 7.22 ммоль/л
 - в) 9.6 ммоль/л
 - г) 10.1 ммоль/л
 - д) 7.8 ммоль/л
010. Для выявления сахарного диабета и его типа проводят следующие исследования
- а) тест толерантности к глюкозе
 - б) глюкозокортикоидную пробу
 - в) исследование пробным завтраком, включающим 30 г легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа) определением сахара в крови
 - г) все перечисленные
011. Тяжелая форма сахарного диабета характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) кетоацидоза
 - б) лабильного течения
 - в) наличия сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии, нейропатии)
 - г) катаракты
012. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются
- 1) брадикардией
 - 2) тахикардией
 - 3) зависимостью частоты пульса от ритма дыхания, физических и эмоциональных нагрузок
 - 4) ортостатической артериальной гипотензией
- а) верно 1, 2
 - б) верно 3, 4
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 2, 3
 - д) верно 1, 4
013. Поражение органов зрения при сахарном диабете включает
- а) диабетическую ретинопатию
 - б) блефарит

- в) ячмень
 - г) дистрофические изменения роговицы
 - д) все перечисленное
014. Сахарный диабет I типа характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) постепенного начала заболевания
 - б) молодого возраста
 - в) выраженности клинической симптоматики
 - г) инсулинозависимости, поражения β -клеток
 - д) отсутствия ожирения
015. Сахарный диабет II типа характеризуется
- 1) наличием антител к инсулинообразующим клеткам островков поджелудочной железы
 - 2) отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами
 - 3) нормальным состоянием инсулиновых рецепторов
 - 4) повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме
 - 5) отсутствием склонности к кетоацидозу
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 4, 5
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 3, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
016. Для пролиферативной (III) стадии диабетической ретинопатии характерно все перечисленное, кроме
- а) отслойки сетчатки
 - б) кровоизлияний в стекловидное тело
 - в) вновь образованных сосудов
 - г) изменений вен
017. Для ранней диагностики диабетической нефропатии следует применять все перечисленные методы исследования, кроме
- а) общего анализа мочи
 - б) пробы Редберга
 - в) пробы Зимницкого
 - г) пункционной биопсии почки
 - д) определения содержания креатинина в крови
018. Кетоацидотическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) бледности и сухости кожных покровов
 - б) нормальной температуры тела
 - в) артериальной гипотензии
 - г) артериальной гипертензии
 - д) дыхания Куссмауля, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
019. Гипогликемическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) бледности и влажности кожных покровов
 - б) повышенного тонуса мышц, судорог
 - в) снижения артериального давления
 - г) наличия хрипов в легких
020. Наименьшим антигенным свойством обладает
- а) инсулин крупного рогатого скота
 - б) свиной инсулин
 - в) овечий инсулин
 - г) китовый инсулин
021. Для устранения утренней гипергликемии (при лечении инсулином) целесообразно все перечисленное, кроме
- а) увеличения вечерней дозы инсулина короткого действия
 - б) введения инсулина короткого действия дополнительно в 6 часов утра
 - в) замены инсулина (вечерняя инъекция) короткого действия инсулином со сроком действия 12 часов
 - г) введения вечером инсулина продленного суточного действия
022. Уровень гликемии натощак при сахарном диабете "беременности",

- при котором не следует назначать инсулин
- а) 11.1 ммоль/л
 - б) 13.8 ммоль/л
 - в) 6.7 ммоль/л
 - г) 5.5 ммоль/л
023. При наличии генерализованной аллергической реакции на инсулин-цинк-суспензию целесообразны все перечисленные действия, кроме
- а) перевода больного на инсулин монопиковый или монокомпонентный
 - б) добавления кортикостероидов
 - в) проведения термообработки инсулина
 - г) перевода больного на инсулин-цинк-суспензию аморфную
024. Абсолютным показанием для инсулинотерапии при сахарном диабете является все перечисленное, кроме
- а) кетоацидоза, прекоматозных состояний
 - б) беременности, родов
 - в) тяжелых дистрофических поражений кожи (карбункулов, фурункулеза, трофических язв, некробактерии)
 - г) нефросклеротической стадии диабетического гломерулосклероза
 - д) обострения ишемической болезни сердца
025. Потребность в вводимом инсулине на первом году заболевания сахарным диабетом составляет
- а) 0.3 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
 - б) 0.4 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
 - в) 0.5 ЕД на 1 кг массы тела в сутки
 - г) индивидуальная в зависимости от степени инсулиновой недостаточности
026. К инсулинам короткого действия (6-8 часов) относятся все перечисленные, кроме
- а) инсулина простого
 - б) суинсулина
 - в) актрапида
 - г) лонг-инсулина
027. К инсулинам суточного действия относятся
- 1) "ультраленте"
 - 2) протафан
 - 3) инсулин Б
 - 4) монотард
 - 5) ультратард
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 5
 - д) верно 4, 5
028. Применение сульфаниламидных препаратов у больных сахарным диабетом показано
- а) при сахарном диабете II типа средней тяжести
 - б) при диабетической нефропатии III стадии
 - в) при перенесенном гепатите
 - г) при диабетической ретинопатии I стадии
029. Абсолютными противопоказаниями для применения сульфаниламидных препаратов у больных с сахарным диабетом являются все перечисленные, кроме
- а) кетоацидоза
 - б) лейкопении, тромбоцитопении
 - в) беременности, родов, лактации
 - г) инфаркта миокарда
030. Показанием к применению бигуанидов является все перечисленное, кроме
- а) сахарного диабета II типа в сочетании с ожирением
 - б) ожирения
 - в) хронических заболеваний, сопровождающихся тканевой гипоксией
031. К побочным явлениям бигуанидов относятся

- а) молочнокислый ацидоз
 - б) диспепсические явления
 - в) аллергические кожные реакции
 - г) все перечисленные
032. Потребность в вводимом в дневные часы инсулине составляет в среднем
- а) 50% от суточной дозы
 - б) 70% от суточной дозы
 - в) 30% от суточной дозы
 - г) 10% от суточной дозы
033. Ожирение является фактором риска
- 1) для сахарного диабета
 - 2) для атеросклероза
 - 3) для почечно-каменной болезни
 - 4) для желчно-каменной болезни
 - 5) для хронического гастрита
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 3, 4, 5
034. Развитию ожирения способствуют все перечисленные алиментарные факторы, кроме
- а) частого калорийного питания небольшими порциями
 - б) избыточного употребления растительной пищи
 - в) избыточного употребления углеводов
 - г) избыточного употребления жиров
035. Токсический зоб у лиц пожилого возраста проявляется
- 1) крупным тремором пальцев рук
 - 2) сердечной декомпенсацией
 - 3) выраженной офтальмопатией
 - 4) нефрологическими симптомами
 - 5) малыми размерами щитовидной железы
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 3, 5
036. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба характерны
- а) похудание
 - б) постоянное сердцебиение
 - в) общий гипергидроз
 - г) дрожание конечностей, мышечная слабость
 - д) все перечисленные
037. В терапии диффузного токсического зоба могут использоваться все перечисленные препараты, кроме
- а) карбоната лития
 - б) верошпирона
 - в) мерказолила
 - г) глюкокортикоидов
 - д) β -адреноблокаторов
038. Основным методом лечения больных с узловым токсическим зобом моложе 30 лет является
- а) оперативное лечение
 - б) лечение ^{131}J
 - в) лечение мерказолилом
 - г) комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами
039. Для аутоиммунного тиреоидита характерно
- 1) повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы
 - 2) равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы

- 3) увеличение шейных лимфатических узлов
 - 4) повышение температуры тела
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 3
 - д) верно 2, 4
040. Для подострого тиреоидита характерно все перечисленное, кроме
- а) выраженного болевого синдрома
 - б) лейкоцитоза, увеличения СОЭ
 - в) повышения температуры тела
 - г) экзофтальма
 - д) повышения титра антител к тиреоидным гормонам
041. Наиболее информативными методами диагностики тиреотоксикоза являются
- 1) определение белково-связанного йода в крови (СБИ)
 - 2) определение основного обмена
 - 3) определение трийодтиронина (T_3)
 - 4) определение тироксина (T_4)
 - 5) определение тиреотропного гормона (ТТГ)
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 4, 5
042. Тиреотоксическая аденома характеризуется
- 1) наличием узлового зоба
 - 2) эндокринной офтальмопатией
 - 3) высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ)
 - 4) сочетанием с миастенией
 - 5) снижением уровня ТТГ
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 5
 - д) верно 4, 5
043. Для гипотиреоза характерно все перечисленное, кроме
- а) сухости кожных покровов
 - б) склонности к запорам
 - в) сонливости
 - г) брадикардии
 - д) потери массы тела
044. Для лечения гипотиреоза применяют все перечисленное, кроме
- а) тиреоидина
 - б) мерказолила
 - в) трийодтиронина
 - г) тироксина
045. Для диагностики феохромоцитомы применяют все перечисленное, кроме
- а) исследования катехоламинов в суточной моче
 - б) сканирования надпочечников
 - в) аортографии
 - г) исследования катехоламинов в венозной крови
 - д) пробы с АКТП
046. Для болезни Иценко - Кушинга характерно все перечисленное, кроме
- а) истончения конечностей
 - б) атрофии мышц ягодичной области
 - в) наличия стрий
 - г) появления климактерического горбика
 - д) выпадения волос на лобке и в подмышечных областях
047. Наиболее информативно при дифференциальной диагностике болезни Иценко - Кушинга и кортикостеромы
- 1) определение суточного ритма кортизола

- 2) определение суммарного количества 17-кетостероидов в крови
 - 3) сканирование надпочечников
 - 4) проба с дексаметазоном
 - 5) проба с АКТГ
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4
 - д) верно 2, 4, 5
048. Соматотропный гормон не обладает
- а) диабетогенным действием
 - б) жиromобилизующим действием
 - в) анаболическим действием
 - г) катаболическим действием
049. Для активной стадии акромегалии характерно
- а) нарушение углеводного обмена
 - б) повышение уровня соматомедина С в крови
 - в) артропатия
 - г) гипертрофия мягких тканей
 - д) все перечисленное
050. Причиной возникновения церебрально-гипофизарной недостаточности может быть
- а) травма черепа с последующим кровоизлиянием
 - б) опухоль турецкого седла
 - в) туберкулез
 - г) менингоэнцефалит
 - д) все перечисленное
051. Для церебрально-гипофизарной недостаточности характерно все перечисленное, кроме
- а) гипогликемии
 - б) гипергликемии
 - в) гипогликемии натощак
 - г) повышенной чувствительности к инсулину
 - д) снижения гликемии при проведении стандартного теста толерантности к глюкозе
052. Для синдрома Шихена (Шиена) характерны
- 1) недостаточность функции щитовидной железы
 - 2) недостаточность функции надпочечников
 - 3) сахарный диабет
 - 4) кахексия
 - 5) снижение функции половых желез
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 5
 - д) верно 2, 3, 5
053. Церебрально-гипофизарную недостаточность необходимо дифференцировать
- а) с неврогенной анорексией
 - б) с аддисоновой болезнью
 - в) с первичным гипотиреозом
 - г) с первичным гипогонадизмом
 - д) со всем перечисленным
054. При церебрально-гипофизарной недостаточности снижается выработка
- а) адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ)
 - б) тиреотропного гормона (ТТГ)
 - в) лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
 - г) пролактина
 - д) всех перечисленных гормонов
055. Для аддисоновой болезни характерны

- 1) пигментация
 - 2) аменорея
 - 3) похудание
 - 4) артериальная гипотензия
 - 5) повышение основного обмена
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4
 - д) верно 2, 4, 5
056. Первичный гипокортицизм необходимо дифференцировать со всем перечисленным, кроме
- а) гемохроматоза
 - б) диффузного токсического зоба
 - в) склеродермии
 - г) гипотиреоза
 - д) хронического энтерита
057. При сочетании аддисоновой болезни с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки предпочтительнее назначение
- а) ДОКСА
 - б) дексаметазона
 - в) преднизолона
 - г) кортизола
058. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать все перечисленное, кроме
- а) гидрокортизона сукцината (внутривенно)
 - б) ДОКСА (внутримышечно)
 - в) физиологического раствора с глюкозой (внутривенно)
 - г) ДОКСА (сублингвально)
059. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение
- а) ДОКСА
 - б) кортизона
 - в) преднизолона
 - г) триамсинолона
 - д) дексаметазона
060. Для первичного альдостеронизма характерны
- 1) положительная проба с верошпироном
 - 2) гиперкалиемия
 - 3) отсутствие изменений на ЭКГ
 - 4) гипокалиемия
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 1, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 1, 3
061. Наиболее часто встречающиеся клинические формы врожденной вирилизирующей гиперплазии коры надпочечников
- 1) сольтеряющая без выраженной вирилизации
 - 2) простая вирильная форма (неосложненная)
 - 3) гипертоническая
 - 4) сольтеряющая
 - 5) протекающая с гипогликемией
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 3, 4
 - в) верно 4, 5
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 3, 5
062. Для адреногенитального синдрома у взрослых женщин характерно все перечисленное, кроме
- а) гермафродитного строения наружных гениталий
 - б) изменения кровяного давления

- в) нарушения менструаций (гипоаменореи)
 - г) высокорослости
 - д) гирсутизма
063. Климактерический период характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) вегетативно-сосудистых нарушений
 - б) нейропсихических расстройств
 - в) кожных высыпаний
064. Климактерический период может сопровождаться всем перечисленным, кроме
- а) приливов
 - б) ознобов с высокой температурой
 - в) болей в сердце
 - г) чувства нехватки воздуха
 - д) диэнцефальных кризов
065. Для лечения вегетативно-сосудистых нарушений климактерического периода применяют все перечисленное, кроме
- а) седативных средств
 - б) препаратов, снижающих тонус симпатической нервной системы
 - в) блокаторов функции щитовидной железы
 - г) малых доз эстрогенов или андрогенов
066. При лечении климактерической кардиопатии может быть эффективным применение
- а) индерала
 - б) эрготамина
 - в) препаратов калия
 - г) климактерина
 - д) всех перечисленных средств
067. Для выведения из гипогликемической комы назначают
- а) внутривенное вливание 40% раствора глюкозы
 - б) подкожное введение 5% раствора глюкозы
 - в) прием внутрь 2-3 кусочков сахара
068. Для синдрома галактореи-аменореи характерно
- а) гипертрихоз
 - б) бесплодие
 - в) избыточная масса тела
 - г) лакторея
 - д) все перечисленное
069. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении
- а) нейролептиков
 - б) антидепрессантов
 - в) оральных контрацептивов
 - г) всех перечисленных средств
070. Для инсулин-независимого сахарного диабета характерно
- а) гликемия натощак 5.5 ммоль/л
 - б) гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л
 - в) отсутствие глюкозурии
 - г) отсутствие ацетонурии
 - д) все перечисленное
071. Для тяжелой формы болезни Иценко - Кушинга характерно
- а) прогрессирующая мышечная слабость
 - б) патологические переломы костей
 - в) сердечно-легочная недостаточность
 - г) тяжелые психические расстройства
 - д) все перечисленное
072. Для острой недостаточности надпочечников характерно
- а) гипонатриемия
 - б) гипохлоремия
 - в) гиперкалиемия
 - г) гипогликемия
 - д) все перечисленное
073. Сахаропонижающее действие препаратов сульфаниламочевина связано

- а) с повышением секреции эндогенного инсулина
 - б) с потенцированием действия инсулина
 - в) с нейтрализацией действия антагонистов инсулина
 - г) с улучшением утилизации глюкозы
 - д) со всем перечисленным
074. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны
- 1) дыхание типа Куссмауля
 - 2) кетоацидоз
 - 3) гипернатриемия
 - 4) гиперосмолярность
 - 5) гипергликемия
 - а) верно 1, 3, 4
 - б) верно 2, 3, 5
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 3, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
075. Для синдрома Шерешевского - Тернера характерны
- 1) гипогонадизм
 - 2) опережение костного возраста
 - 3) соматические нарушения
 - 4) низкий рост
 - 5) гирсутизм
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3, 4
 - в) верно 1, 4, 5
 - г) верно 2, 3, 4
 - д) верно 3, 4, 5
076. В патогенезе болезни Иценко - Кушинга играет роль все перечисленное, кроме
- а) снижения тормозящего влияния дофаминовых медиаторов
 - б) гиперкалиемии
 - в) повышения уровня серотонина
 - г) повышения уровня АКТГ
 - д) повышения уровня кортизола
077. Тяжелая форма болезни Иценко - Кушинга характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) прогрессирующей мышечной слабости
 - б) патологических переломов костей
 - в) сердечно-легочной недостаточности
 - г) тяжелых психических расстройств
 - д) сохраненного менструального цикла
078. При острой недостаточности коры надпочечников наблюдается все перечисленное, кроме
- а) гипонатриемии
 - б) гипохлоремии
 - в) гиперкалиемии
 - г) гипокалиемии
 - д) низкого уровня сахара в крови
079. Стойкая тахикардия у больных инсулинозависимым сахарным диабетом может быть обусловлена всем перечисленным, кроме
- а) сочетания с токсическим зобом
 - б) сердечной недостаточности
 - в) гипохромной анемии
 - г) автономной сердечной нейропатии
 - д) гиперинсулинемии
080. Механизм сахаропонижающего действия препаратов сульфаниламочевина обусловлен всем перечисленным, кроме
- а) повышения секреции эндогенного инсулина
 - б) потенцирования действия инсулина
 - в) нейтрализации действия антагонистов инсулина
 - г) улучшения утилизации глюкозы
 - д) повышения глюконеогенеза
081. Для синдрома галактореи-аменореи характерно все перечисленное, кроме

- а) гипертрихоза
 - б) бесплодия
 - в) избыточной массы тела
 - г) повышения артериального давления
 - д) лактореи
082. Лакторей может наблюдаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме
- а) феохромоцитомы
 - б) синдрома персистирующей галактореи-аменореи
 - в) гипотиреоза
 - г) акромегалии
 - д) синдрома Штейна - Левенталя
083. Ятрогенная галакторея развивается при длительном применении всех перечисленных препаратов, кроме
- а) нейролептиков
 - б) антидепрессантов
 - в) резерпина и его производных
 - г) оральных контрацептивов
 - д) тиреоидных препаратов
084. Гипертонический криз при первичном альдостеронизме характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) резкой головной боли
 - б) тошноты, рвоты
 - в) отсутствия тетании, проходящих параличей
 - г) снижения или потери зрения
 - д) резкого повышения артериального давления, особенно диастолического
085. Для диабетической ретинопатии II стадии характерно все перечисленное, кроме
- а) точечных кровоизлияний в сетчатку
 - б) микроаневризм
 - в) уменьшения диаметра венул
 - г) наличия мягких экссудатов
 - д) отсутствия неоваскуляризации

Раздел 15

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

001. Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют
- а) только миелоидные клетки
 - б) только В-лимфоциты
 - в) только Т-лимфоциты
 - г) В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови
002. К функциям селезенки относятся
- а) выработка антител
 - б) секвестрация клеток крови
 - в) торможение костномозгового кроветворения
 - г) все перечисленные функции
003. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
- а) нейтрофилы
 - б) эозинофилы
 - в) базофилы
 - г) моноциты
 - д) все перечисленные клетки
004. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют
- а) эритроциты
 - б) лимфоциты
 - в) тромбоциты
 - г) ни один из перечисленных клеточных элементов
005. Из перечисленных компонентов плазмы в осуществлении неспецифической иммунной защиты участвуют

- а) иммуноглобулины
 - б) альбумины
 - в) компоненты комплемента
 - г) фибриноген
006. Из перечисленных компонентов плазмы в осуществлении неспецифической иммунной защиты участвуют
- а) фибронектин
 - б) лизоцим
 - в) интерфероны
 - г) все перечисленные компоненты
 - д) верно б) и в)
007. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют
- а) эритроциты
 - б) гранулоциты
 - в) Т-лимфоциты
 - г) В-лимфоциты
 - д) тромбоциты
008. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ
- а) иммуноглобулины G
 - б) иммуноглобулины A
 - в) иммуноглобулины M
 - г) иммуноглобулины D
 - д) иммуноглобулины E
009. Система комплемента является
- а) частью специфического иммунитета
 - б) неспецифическим фактором иммунной защиты
 - в) частью системы гемостаза
 - г) регулятором гемопоэза
010. Морфологической основой гуморального иммунитета являются
- а) макрофаги
 - б) Т-лимфоциты
 - в) В-лимфоциты
 - г) плазмочиты
 - д) все перечисленные клетки
011. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются
- а) Т-лимфоциты
 - б) В-лимфоциты
 - в) плазмочиты
 - г) макрофаги
 - д) все перечисленные клетки
012. Нормальный иммунный ответ всегда
- а) поликлональный
 - б) моноклональный
 - в) поли- и моноклональный
 - г) диклональный
013. Нормальный первичный иммунный ответ достигает максимума после антигенного воздействия
- а) через несколько часов
 - б) через 3-4 дня
 - в) на второй неделе
 - г) через 1 месяц
014. Нормальный вторичный иммунный ответ достигает максимума после антигенного воздействия
- а) через несколько часов
 - б) через 3-4 дня
 - в) на второй неделе
 - г) через 1 месяц
015. Генез железодефицитной анемии у женщин

- можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза
- а) резекцией желудка
 - б) большим количеством детей (родов)
 - в) нефрэктомией
 - г) гипосекреторным гастритом
016. Грифельно-серый цвет кожи характерен
- а) для эритремии
 - б) для множественной миеломы
 - в) для болезни Гоше
 - г) для синдрома Гудпасчера
017. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна
- а) для эритремии
 - б) для множественной миеломы
 - в) для болезни Гоше
 - г) для геморрагического васкулита
018. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна
- а) для множественной миеломы
 - б) для СПИДа
 - в) для геморрагического васкулита
 - г) для системной красной волчанки
019. Выраженное похудание характерно
- а) для лимфопролиферативных заболеваний
 - б) для миелоэритропоэтических заболеваний
 - в) для болезни Кули
 - г) для мегалобластной анемии
020. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания
- а) резкая болезненность
 - б) "деревянная" плотность
 - в) плотноэластическая консистенция
 - г) спаянность с кожей и между собой
021. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно
- а) для гемолитических анемий
 - б) для железодефицитных анемий
 - в) для множественной миеломы
 - г) для болезни тяжелых цепей
022. Артралгический синдром нередко бывает самым ранним проявлением
- а) гемолитической анемии
 - б) множественной миеломы
 - в) острой порфирии
 - г) эритремии
023. Ранний инфаркт миокарда может быть следствием
- а) иммунокомплексной патологии
 - б) дефицита антитромбинов
 - в) присутствия волчаночного фактора
 - г) парапротеинемии
024. Для железодефицитной анемии характерны
- а) тошнота, рвота
 - б) жжение в языке
 - в) афтозный стоматит
 - г) тяга к острой пище
025. Ярко-красный язык нередко наблюдается
- а) при амилоидозе
 - б) при тромбоцитопении
 - в) при мегалобластной анемии
 - г) при болезни Гоше
026. Увеличение и уплотнение печени в ранней стадии заболевания наблюдается
- а) при хроническом миелолейкозе

- б) при множественной миеломе
 - в) при болезни тяжелых цепей
 - г) при геморрагическом васкулите
027. Шум плеска и умеренная болезненность при пальпации кишечника характерны
- а) для лимфогранулематоза
 - б) для эритремии
 - в) для некротической энтеропатии
 - г) для амилоидоза (при множественной миеломе)
028. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны
- а) для выраженной анемии
 - б) для нейрорлейкоза
 - в) для амилоидоза
 - г) для эритремии
029. Рецидивирующий Herpes labialis характерен
- а) для множественной миеломы
 - б) для мегалобластной анемии
 - в) для апластической анемии
 - г) для лимфопролиферативных заболеваний
 - д) для всего перечисленного
030. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать
- а) о криоглобулинемии
 - б) о болезни Гоше
 - в) об эритроцитозе
 - г) о талассемии
 - д) верно б) и в)
031. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно
- а) для внутриклеточного гемолиза
 - б) для внутрисосудистого гемолиза
 - в) для терминальной стадии хронической почечной недостаточности
 - г) для геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном
032. Исследование пунктата опухолевого образования достаточно для постановки диагноза
- а) лимфогранулематоза
 - б) гистиоцитоза
 - в) фибромы
 - г) ни одного из перечисленных заболеваний
033. Стертый рисунок лимфатического узла в гистологическом препарате характерен
- а) для лимфосаркомы
 - б) для лимфаденопатии при люпоидном гепатите
 - в) для инфекционного мононуклеоза
 - г) для инфекционного лимфаденита
034. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать
- а) для установления варианта лимфогранулематоза
 - б) для диагностики лимфаденитов
 - в) для установления цитохимического варианта острого лейкоза
 - г) для диагностики метастазов рака
 - д) для всего перечисленного
035. Внутривенная урография противопоказана
- а) при апластической анемии
 - б) при синдроме Гудпасчера
 - в) при множественной миеломе
 - г) при эритремии
 - д) при всем перечисленном
036. Факторами, вызывающими мутации генов, являются
- а) инфракрасное излучение
 - б) ионизирующее излучение
 - в) алкилирующие химические препараты
 - г) тяжелые металлы
 - д) верно б) и в)
037. В начале ВИЧ-инфекции развивается дефект иммунитета

- а) клеточного
 - б) гуморального
 - в) и того, и другого одновременно
038. В основе патогенеза СПИДа лежит
- а) паралич фагоцитарной активности
 - б) прогрессирующее снижение уровня СД-8 клеток
 - в) прогрессирующее снижение уровня СД-4 клеток
 - г) депрессия IgM
 - д) все перечисленное
039. Типичные проявления СПИДа
- а) исхудание, лихорадка
 - б) депрессия
 - в) головная боль
 - г) нарушение мозгового кровообращения
 - д) все перечисленные
040. Диагностика СПИДа основывается
- а) на данных клинической картины
 - б) на бактериологическом исследовании испражнений
 - в) на результатах посева крови
 - г) на иммунохимическом исследовании
 - д) на исследовании субвариантов лимфоцитов
041. Наиболее характерным диагностическим признаком СПИДа является
- а) снижение массы тела
 - б) лихорадка
 - в) лимфаденопатия
 - г) снижение уровня ОКТ-4 в крови
042. Группа крови по системе АВО устанавливается
- а) только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами
 - б) только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов сывороткой исследуемой крови
 - г) по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке
 - д) по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке
043. При определении группы крови по системе АВО используются
- а) реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках
 - б) конгломинация с желатином
 - в) конгломинация с альбумином
 - г) непрямой антиглобулиновый метод
044. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится
- а) для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору
 - б) для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО
 - в) для выявления аутоенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора
 - г) для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента
 - д) верно б) и г)
045. "Антиген" - это
- а) бактерии или вирусы
 - б) белки
 - в) любое вещество, вызывающее иммунный ответ
 - г) полисахариды
046. Реакция Кумбса - это агглютинация эритроцитов
- а) покрытых неполными антителами, в среде с желатином
 - б) кроличьей сывороткой против эритроцитов человека
 - в) лектинами
 - г) покрытых неполными антителами, с помощью кроличьей сыворотки против иммуноглобулинов человека
 - д) полными аутоиммунными антителами
047. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют

- а) ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке
 - б) С-реактивный белок
 - в) аутоиммунные неполные антиэритроцитарные антитела
 - г) сенсibilизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
 - д) верно в) и г)
048. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления
- а) иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов
 - б) аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител
 - в) антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток
 - г) сенсibilизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
049. Наследственность имеет решающее причинное значение
- а) при хроническом миелолейкозе
 - б) при хроническом лимфолейкозе
 - в) при лимфосаркоме
 - г) при остром лимфобластном лейкозе
 - д) верно а) и г)
050. Ионизирующая радиация имеет основное причинное значение
- а) при хроническом лимфолейкозе
 - б) при лимфосаркоме
 - в) при лимфогранулематозе
 - г) при остром миелобластном лейкозе
 - д) верно б) и в)
051. Классификация лейкозов основана
- а) на клинической картине заболевания
 - б) на анамнестических данных
 - в) на степени зрелости клеточного субстрата заболевания
 - г) на продолжительности жизни больного
 - д) на эффективности проводимой терапии
052. Решающее отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит
- а) в темпе увеличения массы опухоли
 - б) в секреции аномальных белков
 - в) в наличии метастазов
 - г) в наличии опухолевой прогрессии
053. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить
- а) биопсию лимфоузла
 - б) стерильную пункцию
 - в) пункцию селезенки
 - г) подсчет ретикулоцитов
054. В основе подразделения лейкозов на острые и хронические лежит
- а) характер течения заболевания
 - б) возраст больных
 - в) степень угнетения нормальных ростков кроветворения
 - г) степень анаплазии элементов кроветворной ткани
055. Понятие "опухолевая прогрессия" лейкозов означает
- а) более злокачественное течение
 - б) прогрессирование процесса
 - в) появление новых автономных, более патологических клонов клеток
 - г) все перечисленное
056. Лечение острых лейкозов включает
- а) мероприятия, направленные на индукцию ремиссии
 - б) мероприятия, направленные на консолидацию достигнутой ремиссии
 - в) непрерывную поддерживающую терапию
 - г) курсы реиндукционной терапии
 - д) все перечисленное
057. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме

- а) высокой лихорадки
 - б) диареи
 - в) шума плеска и урчания при пальпации в илеоцекальной области
 - г) тенезмов
 - д) развития на фоне агранулоцитоза
058. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются
- а) увеличение числа лимфоцитов
 - б) сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов
 - в) базофильно-эозинофильная ассоциация
 - г) появление клеток типа плазмобластов
 - д) верно б) и в)
059. Остеодеструктивный процесс
- а) является обязательным симптомом множественной миеломы
 - б) не является обязательным симптомом множественной миеломы
 - в) развивается только на поздних стадиях заболевания
 - г) развивается только у стариков
060. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому
- а) исключает полностью диагноз заболевания
 - б) не исключает полностью диагноз заболевания
 - в) исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов
 - г) исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания
061. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны
- а) повышение температуры тела
 - б) похудание
 - в) костные боли и полинейропатия
 - г) снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия
 - д) верно а) и б)
062. Режим больных с множественной миеломой предполагает
- а) ограничение движений
 - б) максимальную физическую активность
 - в) лечебную физкультуру
 - г) ношение корсета
 - д) верно в) и г)
063. Трансплантация костного мозга применяется
- а) в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов
 - б) в фазе ремиссии после первого рецидива острого лимфобластного лейкоза у детей
 - в) в фазе ремиссии после первой атаки острого миелоидного лейкоза (первая ремиссия)
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
064. К специфическим для лимфогранулематоза проявлениям относятся
- а) слабость, потливость, одышка
 - б) кровоточивость
 - в) гепатолиенальный синдром
 - г) нервно-психические нарушения
 - д) ничего из перечисленного
065. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются
- а) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование)
 - б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани
 - в) сцинтиграфия
 - г) лимфография
 - д) компьютерная и ЯМР-томография
066. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен
- а) увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости
 - б) тромбоцитозом
 - в) нарушением функциональных свойств тромбоцитов
 - г) всеми перечисленными факторами

067. Парпротеинемические гемобластозы характеризуются
- а) происхождением из В-лимфоцитов
 - б) происхождением из Т-лимфоцитов
 - в) секрецией моноклональных иммуноглобулинов
 - г) высокой эозинофилией
 - д) верно а) и в)
068. У больных хроническим лимфолейкозом может наблюдаться
- а) криоглобулинемия
 - б) парпротеинемия
 - в) дефицит α_1 -антитрипсина
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
069. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является
- а) спленомегалия
 - б) анемический синдром
 - в) портальная гипертензия
 - г) тромботические осложнения
 - д) прогрессирующее похудание
070. Поражение средостения чаще наблюдается при следующем варианте лимфогранулематоза
- а) лимфогистиоцитарном
 - б) склеронодулярном
 - в) смешанно-клеточном
 - г) лимфоидного истощения
071. Синонимами названия "миеломная болезнь" являются
- а) солитарная плазмцитомы
 - б) болезнь Педжета
 - в) болезнь Рустицкого - Калера
 - г) генерализованная плазмцитомы
 - д) верно в) и г)
072. В патогенезе лимфогранулематоза существенную роль играют
- а) аллергия
 - б) стресс
 - в) инфекция
 - г) клеточный иммунодефицит
 - д) гуморальный иммунодефицит
073. Основное количество железа в организме человека всасывается
- а) в желудке
 - б) в нисходящем отделе ободочной кишки
 - в) в двенадцатиперстной и тощей кишках
 - г) в подвздошной кишке
 - д) верно а) и в)
074. Железо всасывается лучше всего
- а) в форме ферритина
 - б) в форме гемосидерина
 - в) в форме гема
 - г) с виде свободного трехвалентного железа
 - д) с виде свободного двухвалентного железа
075. За сутки железа может всосаться не более
- а) 0.5-1.0 г
 - б) 2.0-2.5 г
 - в) 4.0-4.5 г
 - г) 10.0-12.0 г
076. Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, за исключением
- а) обильных и длительных менструальных кровопотерь
 - б) болезни Рандю - Ослера
 - в) геморроя
 - г) опухоли желудочно-кишечного тракта

- д) хронического гастрита с пониженной секреторной функцией
077. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является
- а) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта
 - б) гломусные опухоли
 - в) алкогольный гепатит
 - г) гематурическая форма гломерулонефрита
 - д) верно а) и б)
078. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является
- а) проба Грегерсена
 - б) проба Вебера
 - в) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома
 - г) определение уровня железа в кале
079. Причину постгеморрагической анемии, связанной с кровопотерей из желудочно-кишечного тракта, диагностируют с помощью
- а) эндоскопического и рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
 - б) селективной ангиографии чревного ствола и мезентериальных артерий
 - в) ревизии органов брюшной полости при диагностической лапаротомии
 - г) всех перечисленных методов
080. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует
- а) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь
 - б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно
 - в) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу
 - г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально
081. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть
- а) имевшийся ранее латентный дефицит железа
 - б) многоплодная беременность
 - в) несовместимость с мужем по системе АВО
082. Типичными ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются
- а) использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды
 - б) осуществление исследования в период лечения препаратами железа
 - в) использование дважды перегнанной дистиллированной воды
 - г) осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарата железа
 - д) верно а) и б)
083. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся
- а) к своевременному переливанию цельной крови
 - б) к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
 - в) к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно
 - г) к назначению препаратов железа перорально на длительный срок
 - д) верно в) и г)
084. Для лечения дефицита железа следует назначить
- а) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой
 - б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно
 - в) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой
 - г) препараты железа внутрь на длительный срок
085. Правильными рекомендациями по лечению железодефицитной анемии являются
- а) вегетарианская диета с обилием яблок, моркови, гранатов, орехов
 - б) необходимость в ежедневном приеме икры, мяса, птицы, белой рыбы
 - в) ежедневное употребление в пищу 300 г паштета из говяжьей печени
 - г) длительный прием препаратов железа внутрь
086. Необходимость в срочном переливании эритроцитарной массы возникает

- а) при острой массивной кровопотере
 - б) при угрозе анемической комы у лиц пожилого возраста с В₁₂-дефицитной анемией
 - в) при анемии (гемоглобин 60 г/л) у женщины с повторной многоплодной беременностью
 - г) при анемии (гемоглобин 50 г/л) у женщины, готовящейся к ампутации матки по поводу фибромиомы
 - д) верно а) и б)
087. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует
- а) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью
 - б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь
 - в) перелить эритроцитарную массу перед родами
 - г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek
088. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является
- а) желтуха
 - б) серая кайма на деснах
 - в) кровь в кале
 - г) почечная колика
089. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит
- а) гиперхромия эритроцитов
 - б) высокий ретикулоцитоз
 - в) базофильная пунктация эритроцитов
 - г) появление шизоцитов
090. При свинцовом отравлении назначают
- а) плазмаферез
 - б) комплексоны
 - в) гипотензивные и мочегонные средства
 - г) соли калия
 - д) верно а) и б)
091. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии
- а) гиперхромия эритроцитов
 - б) микроцитоз эритроцитов
 - в) глюкозурия
 - г) гиперурикемия
092. Наиболее вероятной причиной В₁₂-дефицитной анемии может являться
- а) инвазия широким лентецом
 - б) инвазия острицами
 - в) язвенная болезнь желудка
 - г) катаракта
093. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться
- а) алкоголизм и недоедание
 - б) кровопотери
 - в) злоупотребление табаком
 - г) цирроз печени
094. В₁₂-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается
- а) через 1 месяц
 - б) через полтора года
 - в) через 5 лет
 - г) через неделю
095. Характерная жалоба больного В₁₂-дефицитной анемией
- а) хромота
 - б) боли за грудиной
 - в) жжение языка
 - г) близорукость
096. Характерным признаком В₁₂-дефицитной анемии является
- а) гипертромбоцитоз

- б) лейкоцитоз
 - в) увеличение СОЭ
 - г) высокий цветной показатель
097. Больного В₁₂-дефицитной анемией следует лечить
- а) всю жизнь
 - б) до нормализации уровня гемоглобина
 - в) 1 год
 - г) 3 месяца
098. Среди гемолитических анемий различают
- а) наследственные
 - б) приобретенные
 - в) симптоматические
 - г) идиопатические
 - д) все перечисленные
099. Аутоиммунная гемолитическая анемия развивается вследствие
- а) срыва иммунологической толерантности
 - б) выработки антител против измененных антигенов эритроцитов
 - в) дефицита ферментов эритроцитов
 - г) неэффективного эритропоэза
100. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение
- а) лимфопролиферативного синдрома
 - б) диффузных болезней соединительной ткани
 - в) острой пневмонии
 - г) инфаркта миокарда
 - д) верно а) и б)
101. Аутоиммунная гемолитическая анемия, обусловленная тепловыми гемолизинами, может развиваться
- а) при дефиците ферментов мембраны эритроцитов
 - б) при дефекте структуры цепей глобина
 - в) при изменении структуры эритроцитарных антигенов
 - г) при наличии в сыворотке больного веществ, обуславливающих лизис эритроцитов
102. Причиной порфирии может быть
- а) дефицит ферментов эритроцитов
 - б) выработка эритроцитарных антител
 - в) дефект мембраны эритроцитов
 - г) нарушения синтеза гема
103. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются
- а) γ-радиация
 - б) β- и α-лучи
 - в) антиметаболиты
 - г) глюкокортикостероиды
 - д) верно а) и в)
104. В основе патогенеза цитостатической болезни лежит
- а) иммунный конфликт
 - б) острый цитоллиз
 - в) торможение клоногенных предшественников
 - г) все перечисленное
105. Компоненты гематологического синдрома цитостатической болезни включают
- а) нейтропению
 - б) тромбоцитопению
 - в) панцитопению
 - г) анемию
 - д) верно а) и б)
106. К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся
- а) флебиты
 - б) пневмонии

- в) грибковый сепсис
 - г) милиарный туберкулез
 - д) все перечисленные
107. Для апластической анемии характерно
- а) кровоточивость
 - б) присоединение инфекции
 - в) проливные поты
 - г) кожный зуд
 - д) верно а) и б)
108. У больного апластической анемией
- а) лимфатические узлы увеличены
 - б) печень и селезенка увеличены
 - в) лимфоузлы не пальпируются
 - г) печень и селезенка не увеличены
 - д) верно в) и г)
109. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся
- а) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
 - б) определение протромбинового времени
 - в) проба Айви
 - г) определение тромбинового времени
 - д) определение уровня фибронектина
110. К методам исследования резистентности микрососудов относятся
- а) проба Кончаловского
 - б) проба Дьюка
 - в) определение времени по Ли - Уайту
 - г) определение времени Квика (протромбинового времени)
 - д) определение свертывания крови с ядом эфы
111. К методам определения дефицита факторов свертывания крови относятся
- а) тесты смешивания плазмы крови больного с плазмой, в которой отмечается дефицит заведомо известного фактора, на базе тестов АЧТВ или протромбинового времени
 - б) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
 - в) определение протромбинового индекса
 - г) определение уровня фибриногена
112. К методам экспресс-диагностики ДВС-синдрома не относятся
- а) количественное определение фибрин-мономерных комплексов
 - б) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
 - в) определение протромбинового индекса
 - г) определение эуглобулинового лизиса
 - д) определение уровня тромбоспондина
113. К средствам, влияющим на сосудистый компонент гемостаза, относятся
- а) аминокaproновая кислота
 - б) стрептокиназа
 - в) коринфар
 - г) свежемороженая плазма
 - д) тромбоцитарная масса
114. К антикоагулянтам прямого действия относится
- а) фенилин
 - б) гепарин
 - в) свежемороженая плазма
 - г) тиклид
 - д) аминокaproновая кислота
115. К антикоагулянтам непрямого действия относятся
- а) фенилин
 - б) гепарин
 - в) свежемороженая плазма
 - г) тиклид
 - д) аминокaproновая кислота

116. К антиагрегантам относятся
- а) фенилин
 - б) гепарин
 - в) тиклид и трентал
 - г) аминокaproновая кислота
117. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся
- а) гепарин
 - б) рекомбинантный антитромбин III
 - в) аминокaproновая кислота
 - г) тиклид
 - д) фибринолизин
118. Патогенетическими механизмами развития идиопатической тромбоцитопенической пурпуры являются
- а) активация системы комплемента
 - б) иммунокомплексный синдром
 - в) появление аутоантител к тромбоцитам
 - г) дефицит тромбомодулина
 - д) наследственный дефицит C_{3b}-субкомпонента комплемента
119. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови
- а) X
 - б) IX
 - в) VIII
 - г) VII
 - д) V
120. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови
- а) X
 - б) IX
 - в) VIII
 - г) VII
 - д) V
121. Вирусные геморрагические лихорадки характеризуются всем перечисленным, за исключением
- а) инфекционно-токсического поражения ЦНС
 - б) геморрагического капилляротоксикоза
 - в) двустороннего интерстициального серозно-геморрагического нефрита
 - г) синтеза аутоантител к эндотелию сосудов
122. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна - Геноха) свойственно
- а) развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции
 - б) наличие антитромбоцитарных антител
 - в) упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно
 - г) развитие артерияльных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК
 - д) верно а) и в)
123. Для узловой эритемы характерно все перечисленное, за исключением
- а) фибриноидных изменений стенок сосудов подкожной клетчатки
 - б) аллергического микротромбоваскулита с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов
 - в) типичной локализации на коже передне-боковой поверхности голени, бедер и ягодиц
 - г) развития на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани
 - д) использования нестероидных противовоспалительных препаратов, преднизолона, хинолиновых производных
124. Патогенетическими факторами ДВС-синдрома (диссеминированного внутрисосудистого свертывания) являются
- а) высвобождение и активация тканевого тромбопластина при клеточном распаде
 - б) появление антител против VIII и IX факторов свертывания крови

- в) развитие феномена паракоагуляции
 - г) верно а) и б)
 - д) верно б) и в)
125. Патогенетическими факторами ДВС-синдрома являются
- а) развитие тромбоцитопении и тромбоцитопатии потребления
 - б) нарушение γ -карбоксилирования факторов протромбинового комплекса в печени
 - в) активация и истощение гуморального звена гемостаза, калликреин-кининовой системы и системы комплемента
 - г) все перечисленные
 - д) верно а) и в)
126. Клиническая картина ДВС-синдрома на различных стадиях течения характеризуется всем перечисленным, за исключением
- а) гемокоагуляционного шока
 - б) преобладания гематомного типа кровоточивости
 - в) недостаточности функции различных органов (почечной, печеночной и т.д.)
 - г) развития респираторного дистресс-синдрома
127. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром
- а) терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования
 - б) диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки
 - в) диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК)
 - г) верно все перечисленное
 - д) верно б) и в)
128. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана
- а) на положительных этаноловом, протаминсульфатном, β -нафтоловом и клампинг-тестах
 - б) на развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов
 - в) на повышении кофакторной активности фактора Виллебранда
 - г) на всем перечисленном
 - д) верно а) и в)
129. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся
- а) к рациональному применению антибиотиков при септических состояниях
 - б) к снижению травматичности оперативных вмешательств
 - в) к предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами
 - г) к рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами
 - д) ко всему перечисленному
130. При проведении терапии ДВС-синдрома необходимо следить за всеми перечисленными показателями, за исключением
- а) уровня физиологических антикоагулянтов - антитромбина III, протеина С и протеина S (при использовании гепарина)
 - б) состояния системы фибринолиза по величине эуглобулинового лизиса, ХПа-зависимого лизиса и АЧТВ
 - в) величины протромбинового индекса (при терапии викасолом)
 - г) тромбоцитарного звена гемостаза по агрегации тромбоцитов под действием АДФ, коллагена и ристомидина
 - д) концентрации продуктов паракоагуляции
131. При лечении свежемороженой плазмы необходимо придерживаться следующих принципов
- а) вводить свежемороженную плазму внутривенно, медленно, капельно
 - б) вводить свежемороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут
 - в) размороженную и неиспользованную свежемороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному

- при необходимости
- г) использование гепарина в комплексе со свежемороженой плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов
- д) верно б) и г)
132. Принципы профилактики, патологии гемостаза в хирургической и акушерско-гинекологической практике включают в себя все перечисленное, за исключением
- а) противошоковых мероприятий
- б) профилактического введения викасола и глюконата кальция
- в) профилактики и рациональной терапии хирургической инфекции
- г) предупреждения гипоксии и внутриутробной гибели плода
133. Диагностика тромбофилических состояний основывается на всем перечисленном, за исключением
- а) исследования скорости эритроцитарного лизиса
- б) определения содержания антитромбоцитарных антител и концентрации плазминогена
- в) выявления волчаночного антикоагулянта
- г) исследования уровня физиологических антикоагулянтов
- д) исследования ристомин-зависимой агрегации тромбоцитов
134. Диагностика тромбофилических состояний основывается
- а) на использовании фибринолитических препаратов
- б) на назначении непрямых антикоагулянтов
- в) на использовании свежемороженой плазмы при дефиците физиологических антикоагулянтов и истощении калликреин-кининовой системы
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)
135. Этиопатогенетическими факторами венозных тромбозов являются все перечисленные, за исключением
- а) замедления тока крови
- б) синтеза циркулирующих иммунных комплексов
- в) нарушения реологических свойств крови
- г) травматического воздействия на стенку венозного сосуда
136. Венозному тромбозу способствует
- а) использование пероральных контрацептивов
- б) венозный стаз в сосудах малого таза при беременности
- в) верно а) и б)
137. Клиническая картина венозных тромбозов характеризуется
- а) болями в икроножных мышцах, усиливающимися при пальпации и движении (при тромбозе глубоких вен голени)
- б) болями в пояснично-крестцовой области, отеком нижней конечности и передней брюшной стенки (при подвздошно-бедренном тромбозе)
- в) нестерпимыми болями в пораженной конечности, усиливающимися при ее возвышенном положении
- г) частым осложнением гангреной конечностей и сепсисом
- д) верно а) и б)
138. Для лечения венозных тромбозов могут быть применены все перечисленные методы, кроме
- а) гепаринотерапии
- б) введения свежемороженой плазмы с целью профилактики дефицита физиологических антикоагулянтов
- в) введения в пораженную вену склерозирующих препаратов
- г) введения непрямых антикоагулянтов под контролем протромбинового времени
- д) введения фибринолитических препаратов
139. Основные принципы профилактики венозных тромбозов включают
- а) нормализацию реологических показателей крови
- б) соблюдение строго постельного режима при обширных инфарктах миокарда в течение длительного времени
- в) рациональную лечебную физкультуру
- г) длительную иммобилизацию конечностей

- при переломах длинных трубчатых костей
д) верно а) и в)
140. Классификация тромбозов и эмболий артериальной системы основана
а) на степени ишемии конечностей
б) на тяжести болевого синдрома
в) на сопутствующей ишемии неврологической симптоматике
г) на состоянии коллатерального кровообращения
д) верно а) и в)
141. Лечение тромбозов и эмболий артериальной системы включает все перечисленное, кроме
а) назначения спазмолитиков
б) гепаринотерапии
в) назначения препаратов фибриногена
г) назначения фибринолитиков под контролем калликреин-кининовой системы
142. Лечение тромбозов и эмболий артериальной системы включает
а) переливание свежзамороженной плазмы с целью восполнения дефицита физиологических антикоагулянтов и плазминогена
б) эмболэктомию
в) протезирование пораженного участка артерии
г) все перечисленное
143. К патогенетическим факторам послеоперационных тромбозов и эмболий относятся
а) высвобождение тканевого тромбопластина при травматических оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах, сосудах
б) появление иммунных ингибиторов факторов свертывания крови
в) механический гемолиз при использовании аппарата искусственного кровообращения
г) все перечисленные
д) верно а) и б)
144. К патогенетическим факторам послеродовых тромбозов и эмболий относятся все перечисленные, кроме
а) геморрагической болезни новорожденных
б) преждевременной отслойки плаценты
в) эмболии околоплодными водами
г) внутриутробной гибели плода
145. Диагностика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий основывается на всем перечисленном, за исключением
а) определения активного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и аутокоагуляционного теста
б) исследования агрегации тромбоцитов под действием ристомиина и уровня иммуноглобулинов на поверхности тромбоцитов
в) исследования агрегации тромбоцитов под действием АДФ, коллагена и серотонина
г) исследования состояния фибринолитической системы
146. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает все перечисленное, кроме
а) ранней физической активизации в послеоперационном и послеродовом периодах
б) профилактического назначения ацетилсалициловой кислоты
в) рациональной антибиотикотерапии при септических осложнениях
г) профилактики респираторного дистресс-синдрома
147. К патогенетическим факторам кровотечений при ДВС-синдроме, тромбозе при атеросклерозе, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни относятся
а) турбулентный ток крови в области атеросклеротической бляшки
б) синтез антитромбоцитарных антител
в) высвобождение тканевого тромбопластина при распаде атеросклеротической бляшки

- г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)
148. К патогенетическим факторам кровотечений при ДВС-синдроме, тромбозе при атеросклерозе, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни относится все перечисленное, кроме
- а) местной активации тромбоцитов
 - б) дефицита физиологических антикоагулянтов
 - в) синтеза волчаночного антикоагулянта
 - г) гиалиноза стенки сосудов (при гипертонической болезни)
149. Решающим признаком лейкомоидных реакций является
- а) непродолжительность
 - б) доброкачественность течения
 - в) спонтанное выздоровление
 - г) все перечисленное
150. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) сепсиса
 - б) острого воздействия радиации
 - в) синдрома Лайелла (эпидермального токсического некролиза)
 - г) острого лейкоза
151. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять
- а) 10-12%
 - б) 20-40%
 - в) 40-60%
 - г) 60-80%
152. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять
- а) 10-12%
 - б) 20-40%
 - в) 40-60%
 - г) 60-80%
153. К признакам, не характерным для инфекционного мононуклеоза, относятся
- 1) увеличение селезенки
 - 2) увеличение печени
 - 3) тромбоцитопения
 - 4) сдвиг в формуле крови влево
 - 5) нейтропения
 - 6) анемия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 3, 4, 5
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 1, 4, 6
 - д) верно 2, 4, 6
154. Для болезни Хенда - Шюллера - Крисчена характерно
- а) поражение сердца
 - б) лимфаденопатия
 - в) почечная недостаточность
 - г) гепатоспленомегалия
 - д) верно б) и г)
155. Количество лейкоцитов при системной красной волчанке составляет
- а) $5 \times 10^9/\text{л}$ - $6 \times 10^9/\text{л}$
 - б) $3 \times 10^9/\text{л}$ - $4 \times 10^9/\text{л}$
 - в) $2 \times 10^9/\text{л}$ - $3 \times 10^9/\text{л}$
 - г) $2 \times 10^9/\text{л}$
156. Диспротеинемия при нефротическом синдроме включает
- а) гипоальбуминемию
 - б) гипер- α_2 -глобулинемию
 - в) гипо- α_2 -глобулинемию
 - г) гипер- β -глобулинемию
 - д) верно а) и б)

157. При иммунобластном лимфадените наиболее важным методом диагностики является
- а) цитологическое исследование биоптата лимфатического узла
 - б) лимфография
 - в) ЯМР-томография
158. Лечение иммунобластного лимфаденита включает
- а) пульс-терапию
 - б) плазмаферез
 - в) этиотропное лечение
 - г) спленэктомию
 - д) лучевую терапию
159. Небольшую цитопению могут вызвать
- а) сульфаниламиды
 - б) мерказолил
 - в) миорелаксанты
 - г) антибиотики
160. Причиной анемической комы могут быть
- а) аутоиммунные гемолитические анеми
 - б) дизэритропоэтическая анемия
 - в) лимфогранулематоз
 - г) В₁₂-дефицитная анемия
 - д) верно а) и г)
161. Клиническими симптомами анемической комы являются
- а) отеки
 - б) снижение артериального давления
 - в) желтушность кожи
 - г) тахикардия
162. Первостепенным вмешательством при анемической коме независимо от ее этиологии является
- а) трансфузия свежзамороженной плазмы
 - б) переливание эритроцитной массы
 - в) назначение стероидов
 - г) трансфузия коллоидов
163. Наиболее правильная последовательность переливания трансфузионных средств при острой кровопотере
- а) цельная кровь, полиглюкин, кристаллоиды, раствор гидрокарбоната натрия
 - б) эритроциты, альбумин, тромбоциты, кристаллоиды
 - в) декстраны, кристаллоиды, эритроциты, тромбоциты
 - г) кристаллоиды, декстраны, цельная кровь, альбумин
164. В основе патогенеза острого ДВС-синдрома лежит
- а) генерализованное повреждение эндотелия микрососудов
 - б) повреждение адгезивных свойств тромбоцитов
 - в) истощение и дефицит простоциклина
 - г) блокада продукции тромбосана А₂
 - д) выработка антител к тромбоцитам
165. Клинические проявления ДВС-синдрома
- а) геморрагический синдром ангиоматозного типа
 - б) геморрагический синдром гематомно-петехиального типа
 - в) геморрагический синдром петехиально-синячкового типа
 - г) признаки тромбозов
 - д) верно б) и г)
166. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется
- а) признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза
 - б) тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена
 - в) гипертромбоцитозом
 - г) отсутствием ристомин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина
 - д) верно а) и б)

167. В лечении ДВС-синдрома используются
- а) аминокaproновая кислота и фенилин
 - б) стрептокиназа
 - в) свежемороженая плазма
 - г) гепарин
 - д) верно в) и г)
168. Ведущими критериями диагностики геморрагических васкулитов являются
- а) особенности клинической картины
 - б) результаты гистологического исследования кожи
 - в) общий анализ крови и коагулограмма
 - г) уровень иммунных комплексов в крови
 - д) верно а) и б)
169. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся
- а) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0.7 \times 10^9/\text{л}$
 - б) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $1.0 \times 10^9/\text{л}$
 - в) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \times 10^9/\text{л}$
 - г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $5 \times 10^9/\text{л}$
 - д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0.05 \times 10^9/\text{л}$
170. В основе острого агранулоцитоза лежит все перечисленное, кроме
- а) аутоиммунных процессов
 - б) гаптенового процесса
 - в) иммунокомплексного синдрома и аллергической реакции
 - г) вытеснения гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет воздействия опухоли, цитостатиков и др.
171. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются
- а) повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов
 - б) нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма
 - в) появление иммунных комплексов и реагинов в крови
 - г) вирусная инфекция
 - д) верно а) и б)
172. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает все перечисленное, за исключением
- а) слабости
 - б) лихорадки
 - в) инфекционных процессов
 - г) геморрагического синдрома петехиального или гематомного типа
173. Характерными для гаптенового агранулоцитоза гематологическими признаками являются
- а) тромбоцитопения
 - б) панцитопения
 - в) ретикулоцитопения
 - г) абсолютная нейтропения
 - д) все перечисленное
174. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования
- а) трепанобиопсию
 - б) стерильную пункцию
 - в) компьютерную томографию
 - г) лимфографию
 - д) верно а) и б)
175. В лечении агранулоцитозов применяют
- а) пульс-терапию
 - б) лейкомакс
 - в) нуклеинат натрия
 - г) карбонат лития
 - д) верно б) и г)
176. Наиболее ранними симптомами некротической энтеропатии являются
- а) диарея

- б) артериальная гипотензия
 - в) высокая лихорадка
 - г) все перечисленные
177. Показаниями для перевода больного агранулоцитозом в стерильную палату являются
- а) присоединение бактериальной инфекции
 - б) присоединение вирусной инфекции
 - в) затянувшийся агранулоцитоз
 - г) лейкопения ниже $0.75 \times 10^9/\text{л}$
 - д) нейтропения ниже $0.75 \times 10^9/\text{л}$
178. Профилактика осложнений цитостатической болезни включает
- а) стерилизацию кишечника
 - б) назначение антибиотиков
 - в) плазмаферез
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
179. Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается
- а) до $20 \times 10^9/\text{л}$
 - б) до $50 \times 10^9/\text{л}$
 - в) до $100 \times 10^9/\text{л}$
 - г) до $150 \times 10^9/\text{л}$
 - д) до $190 \times 10^9/\text{л}$ и ниже
180. Причиной острой тромбоцитопении может быть
- а) повышенное разрушение тромбоцитов в организме
 - б) резкое снижение продукции тромбоцитов в костном мозге
 - в) уменьшение продолжительности жизни тромбоцитов до 5-6 суток
 - г) гиперплазия мегакариоцитарного ростка
 - д) верно а) и б)
181. Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является
- а) появление иммунных комплексов в крови
 - б) появление аутоантител к тромбоцитам и гаптена в крови и фиксация его на поверхности тромбоцитов
 - в) микробная инфекция
 - г) вирусная инфекция
182. В развитии острой аплазии костного мозга имеет значение
- а) прямое иммунное разрушение гемопоэтических структур и цитостатическое подавление гемопоэза
 - б) гиперплазия тромбоцитарного ростка
 - в) ДВС-синдром
 - г) иммунокомплексный синдром
 - д) все перечисленное
183. Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть все перечисленное, кроме
- а) анемического, геморрагического и лихорадочного синдромов
 - б) панцитопении с отсутствием ретикулоцитов (в крови)
 - в) картины "жирового костного мозга" при исследовании биоптата костного мозга
 - г) картины лимфопролиферации при исследовании костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови
184. Гемолитический криз может развиваться при всех указанных состояниях, кроме
- а) аутоиммунной гемолитической анемии
 - б) аплазии костного мозга
 - в) ферментопатии эритроцитов
 - г) хронического лимфолейкоза
185. К клиническим признакам гемолитического криза относятся
- а) желтушность кожи
 - б) отеки

- в) сухость во рту
- г) потемнение мочи

186. Результаты лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз, являются
- а) ретикулоцитоз
 - б) снижение гематокрита
 - в) повышение уровня непрямого билирубина в крови
 - г) снижение уровня сывороточного железа
 - д) верно а) и б)

Раздел 16

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

001. Для чесотки характерно
- а) лентикулярные папулы
 - б) линейные эксориации
 - в) точечные зудящие пузырьки
 - г) волдыри
 - д) все перечисленное
002. Чесотка у взрослых локализуется
- а) на животе
 - б) на межпальцевых складках
 - в) на мошонке, ягодицах
 - г) на молочных железах
 - д) на всем перечисленном
003. Лечение чесотки включает все перечисленное, кроме
- а) метода Демьяновича
 - б) 20% эмульсии бензил-бензоата
 - в) 33% серной мази, мази Винкинсона
 - г) кортикостероидной мази
004. К характерным признакам псориаза относится все перечисленное, кроме
- а) четко отграниченных шелушащихся папул красного цвета
 - б) феноменов стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения, выявленных при поскабливании
 - в) феномена Кебнера (появление папул на месте царапин)
 - г) частого поражения волосистой части головы
 - д) белесоватой сетки Уикхема и пупковидного вдавления на поверхности папул
005. Наиболее существенными факторами риска обострения атопического дерматита являются все перечисленные, кроме
- а) психоэмоционального перенапряжения, функциональных и органических нарушений нервной системы
 - б) пищевой аллергии или идиосинкразии
 - в) микробной аллергии
 - г) гиперфункции коры надпочечников
 - д) аллергии к домашней пыли, плесени, домашним животным
006. Для атопического дерматита не является характерным
- а) зуд кожи, белый дермографизм, нарушение piloмоторного рефлекса
 - б) крапивница и отек Квинке
 - в) лихенификация - утолщение кожи с подчеркнутым рисунком
 - г) возрастные изменения, выражающиеся в смене локализации очагов поражения на коже и уменьшении экссудативных явлений
 - д) частое осложнение вторичной инфекцией и микробной сенсibilизацией
007. Рецидивирующей розе способствует все перечисленное, кроме
- а) инъекций антибиотиков
 - б) грибковых заболеваний кожи и ногтей
 - в) применения гормональных мазей
 - г) сахарного диабета
 - д) травматизации пораженной кожи
008. У больных ВИЧ-инфекцией имеют связь с основным заболеванием и прогностически неблагоприятные все перечисленные поражения, кроме

- а) эпидемической саркомы Капоши
 - б) волосатой лейкоплакии языка
 - в) себорейноподобного дерматита, вызванного дрожжеподобными и плесневыми грибами
 - г) герпетиформной экземы Капоши
 - д) упорного кандидоза полости рта
009. К стафилококковым поражениям кожи не относится
- а) фурункулы и карбункулы
 - б) фолликулиты и остеофолликулиты
 - в) рожа
 - г) гидраденит и псевдофурункулез
 - д) обыкновенный сикоз
010. К стрептококковым пиодермиям не относится
- а) герпетиформное импетиго беременных
 - б) кольцевидное импетиго
 - в) поверхностный околоногтевой панариций
 - г) рожа
 - д) стрептогенная заеда
011. Развитию кандидоза кожи и слизистых оболочек способствует все перечисленное, кроме
- а) инсоляции
 - б) сахарного диабета
 - в) применения гормональных мазей
 - г) длительного лечения антибиотиками или глюкокортикостероидами
 - д) мацерации покровной ткани
012. Микроспория характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
- а) округлых очагов шелушения на гладкой коже, окруженных гиперемизированным валиком
 - б) шелушащихся анестетических очагов с выпадением пушковых волос и отсутствием пототделения
 - в) четко отграниченных округлых шелушащихся с обломанными волосами очагов на волосистой части головы
 - г) очагов в виде концентрических колец, состоящих из мелких пузырьков и корок
 - д) свечения пораженных волос под люминесцентной лампой
013. Вульгарную пузырчатку следует заподозрить в случае
- а) внезапного появления на неизменной коже пузырей с вялой покрывкой, превращающихся в хронические эрозии, что сопровождается симптомом Никольского (отслоение эпидермиса при скользящем надавливании на кожу)
 - б) наличия хронических полиморфных сгруппированных зудящих высыпаний с мелкими напряженными пузырями на отечном эритематозном фоне
 - в) острого возникновения пузырей и эритематозных пятен, сопровождающееся тяжелым общим состоянием, указаний на связь заболевания с приемом лекарств
 - г) появления с детского возраста пузырей на месте даже незначительного механического воздействия, особенно на руках и ногах
014. Для сахарного диабета характерны все перечисленные поражения кожи, кроме
- а) липоидного некробиоза
 - б) рубеоза (диабетической эритемы)
 - в) кожного зуда, ограниченных зудящих лихенификаций
 - г) хронической мигрирующей эритемы Афцелиуса - Липшютца
 - д) интертригинозного кандидоза, кандидозных заед
015. При токсическом эпидермальном некролизе (синдроме Лайелла) наблюдается все перечисленное, кроме
- а) положительного симптома Никольского
 - б) обильных буллезных высыпаний, поражающих более 20% поверхности кожи
 - в) тяжелого общего состояния
 - г) вялого хронического течения
 - д) распространенного поражения слизистых оболочек

016. При обострении псориаза можно назначать все перечисленные средства, кроме
- а) противовоспалительных
 - б) детоксицирующих
 - в) улучшающих микроциркуляцию
 - г) глюкокортикостероидов
 - д) гепатопротекторов
017. К тяжелым формам псориаза, сопровождающимся внекожными проявлениями, относятся все перечисленные, кроме
- а) псориатического акропустилеза, пустулезного псориаза Барбера
 - б) первичной псориатической эритродермии
 - в) пустулезного псориаза Цумбуша
 - г) артропатического псориаза (серонегативного артрита)
 - д) псориатической катаракты
018. В возникновении почесухи взрослых большое значение имеет все перечисленное, кроме
- а) заболеваний желудочно-кишечного тракта
 - б) заболеваний печени
 - в) интоксикации
 - г) эндокринных нарушений
 - д) контактной аллергии
019. К аллергическим экзематозным заболеваниям относятся все перечисленные, кроме
- а) монетовидной экземы
 - б) атопической экземы
 - в) микробной экземы
 - г) контактной аллергической экземы, связанной с воздействием химических веществ
 - д) герпетиформной экземы Капоши
020. Для гириядоподобной мигрирующей эритемы Гаммела не характерно
- а) наличие зудящих эритематозных очагов, образующих гириядообразные фигуры
 - б) наличие тонких отрубевидных чешуек на поверхности эритематозных очагов
 - в) вначале преимущественная локализация на лице, позже - на конечностях и туловище
 - г) сочетание с раком (легкого, желудка, молочной железы)
 - д) наличие периферического валика из плотных крупных папул
021. Для некротической блуждающей эритемы не характерно
- а) возникновение у больных со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы
 - б) наличие инфильтрации в области эритематозных очагов
 - в) образование эрозий в эритематозно-инфильтративных очагах
 - г) стойкая пигментация после заживления эрозий
 - д) связь с укусом лесного клеща
022. Для индуративной эритемы Базена не характерно
- а) туберкулезная этиология
 - б) расположение узлов (чаще одиночных) на задней поверхности голени
 - в) острое течение
 - г) вялое хроническое течение
 - д) нечеткие границы узлов
023. Для эритематозной сифилитической ангины не характерно
- а) яркая разлитая краснота в зеве без четких границ
 - б) отсутствие или незначительность субъективных проявлений
 - в) синюшный оттенок эритемы
 - г) резкие границы эритемы
 - д) отсутствие лихорадки и нарушения общего состояния
024. Для сифилитического поражения легких, не осложненного вторичной инфекцией, не характерно
- а) обильная гнойная мокрота
 - б) отсутствие лихорадки

- в) хорошее общее состояние больного
 - г) наличие в мокроте милиарных гумм
 - д) положительная реакция иммобилизации бледных трепонем
025. У больного с острым артритом обнаруживается односторонний подострый конъюнктивит и хламидийный уретрит, а также кератодермия ладоней и подошв. Наиболее вероятный диагноз
- а) псориаз
 - б) гонорея
 - в) болезнь Рейтера
 - г) синдром Стивенса - Джонсона
 - д) синдром Бехчета
026. Для болезни Лайма не характерно
- а) мигрирующая эритема
 - б) очаги склеродермии
 - в) узловатая эритема
 - г) сетчатое ливедо
 - д) узловатая почесуха
027. При возникновении у больного пожилого возраста пигментно-сосочковой дистрофии кожи и кожного зуда необходимо
- а) онкологическое обследование
 - б) аллергологическое обследование
 - в) обследование в медико-генетической консультации
 - г) обследование у эндокринолога, в том числе исследование углеводного обмена
028. В ранней стадии лепры в качестве первичных поражений могут обнаруживаться все перечисленные изменения, за исключением
- а) ограниченных очагов депигментации
 - б) мутилирующего ринофарингита
 - в) ограниченных очагов пигментации
 - г) ограниченных очагов эритемы с гладкой поверхностью или с мелкими бугорками
 - д) увеличения периферических лимфоузлов
029. При наличии подозрительных на лепру поражений кожи необходимо произвести все перечисленные исследования, за исключением
- а) исследования чувствительности кожи в очагах поражения
 - б) пробы Минора на потоотделение
 - в) бактериоскопии носовой слизи с окраской на микобактерии лепры
 - г) гистологического исследования кожи
 - д) теста Квейма
030. К основным симптомам чесотки относятся все перечисленные, кроме
- а) зуда, усиливающегося в вечернее и ночное время
 - б) зуда, равномерного по интенсивности в течение суток
 - в) мелких папулезных высыпаний на кистях, туловище, лобке
 - г) зудящих папулезных высыпаний на молочных железах, лобке, половом члене
 - д) зудящих папул на бедрах, внизу живота
031. При ограниченной склеродермии необходимо произвести все перечисленные виды исследований, кроме
- а) рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
 - б) рентгенологического исследования органов дыхания
 - в) электрокардиографического исследования
 - г) функционального исследования почек
 - д) исследования углеводного обмена

Раздел 17

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

001. Ревматизм (болезнь Сокольского - Буйо) - это системное воспалительное заболевание соединительной ткани, наиболее характерными признаками которого являются
- 1) преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы
 - 2) частое поражение суставов, ЦНС, кожи

- 3) наличие генетически обусловленного дефекта иммунной системы
 - 4) инфицирование β-гемолитическим стрептококком группы А
 - 5) прямое токсическое действие стрептококка на миокард
 - 6) опосредованное действие стрептококка на организм через токсины
 - а) верно 1, 3, 6
 - б) верно 1, 2, 3, 5
 - в) верно 1, 3, 4, 6
 - г) верно 2, 5, 6
 - д) верно все перечисленное
002. В связи с малой выраженностью неспецифического экссудативно-аллергического компонента болезни клиническая картина может быть стертой
- а) при первичном ревматизме
 - б) при возвратном ревматизме
 - в) и в том, и в другом случае
003. Ведущая роль β-гемолитического стрептококка в этиологии ревматизма подтверждается
- 1) связью между перенесенной ангиной (или фарингитом) и началом заболевания
 - 2) обнаружением стрептококковой bacteriemии
 - 3) повышением титра антистрептококковых антител (антистрептолизин-0, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа)
 - 4) возможностью создания экспериментальной модели ревматизма
 - 5) профилактикой обострений ревматизма с помощью антибиотиков
 - 6) схожестью антигенного строения стрептококка и соединительной ткани сердца, что приводит к перекрестным, в том числе аутоиммунным, реакциям
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 5
 - в) верно 1, 5
 - г) верно 4, 5, 6
 - д) верно все перечисленное
004. Среди путей распространения стрептококковой инфекции можно выделить
- а) контактно-капельный
 - б) через белье
 - в) через посуду
 - г) через молочные продукты
 - д) все перечисленные
005. Ведущими механизмами патогенеза ревматизма являются
- а) изменение гуморального иммунитета
 - б) изменение клеточного иммунитета по отношению к стрептококковым и некоторым тканевым антигенам
 - в) высокая кардиотропность антигенов стрептококка
 - г) все перечисленные
006. Повреждающее действие стрептококка на соединительную ткань опосредовано через
- а) токсины стрептококка
 - б) накопление большого количества иммунных комплексов
 - в) реакции гиперчувствительности немедленного типа (гуморальный иммунитет)
 - г) реакции гиперчувствительности замедленного типа (клеточный иммунитет) с образованием антикардиальных антител
 - д) все перечисленные механизмы
007. Прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани при ревматизме проходит стадии
- а) альтеративно-экссудативную
 - б) гранулематозную
 - в) склеротическую
 - г) все перечисленные
008. Цикл развития гранулемы Ашоф - Талалаева при ревматизме составляет
- а) 10-14 дней
 - б) 1 месяц
 - в) 2 месяца

- г) 4-6 месяцев
 - д) 1 год и более
009. О наличии иммуно-генетического предрасположения судят по антигенам HLA системы.
Носительство В27-антигенов HLA свойственно
- 1) ревматоидному артриту
 - 2) болезни Бехтерева
 - 3) синдрому Рейтера
 - 4) дерматомиозиту
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
010. К типичным симптомам первичного ревматизма не относится
- а) воспаление миокарда (миокардит)
 - б) хорея
 - в) артрит
 - г) нефрит
 - д) подкожные узелки
011. К осложнениям первичного ревматизма нельзя отнести
- а) экстрасистолию
 - б) кольцевую эритему
 - в) эндокардит
 - г) атриовентрикулярную блокаду
 - д) все перечисленное
012. В пользу первичного ревмокардита может свидетельствовать
- 1) нарастание интенсивности сердечных шумов в динамике заболевания
 - 2) обнаружение порока сердца в самом начале заболевания
 - 3) выявление клинической симптоматики клапанного поражения через 4-6 месяцев от начала болезни
 - 4) возраст 60 лет
 - 5) возраст 10 лет
 - а) верно 2, 4, 5
 - б) верно 1, 2, 3
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 5
013. В возникновении диффузных заболеваний соединительной ткани играют роль
- а) инфекция
 - б) наследственная предрасположенность
 - в) нарушения половых регуляций иммунитета
 - г) микробная мимикрия с феноменом перекрестно-реагирующих антител
 - д) все перечисленное
014. Маркером системной красной волчанки является
- а) ревматоидный фактор
 - б) антинуклеарные антитела
 - в) все перечисленное
015. Из перечисленных положений правильными являются
- а) аутоиммунные заболевания развиваются в результате генетически детерминированного предрасположения с особой реакцией на инфекцию
 - б) образование и выведение циркулирующих иммунных комплексов контролируются эстрогенами
 - в) потеря иммунологической толерантности к собственным антигенам связана с иммуно-генетическими дефектами, гиперпродукцией интерлейкина-I, В-клеточной активацией
 - г) патогенез аутоиммунных заболеваний соединительной ткани - многофакторный
 - д) все перечисленные
016. Активная фаза ревматизма может иметь несколько вариантов течения
- 1) острое
 - 2) подострое
 - 3) затяжное

- 4) непрерывно рецидивирующее
 - 5) латентное
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4, 5
 - д) все перечисленное
017. Цитостатик, наиболее эффективный при системной красной волчанке
- а) азатиоприн
 - б) метотрексат
 - в) циклофосфан
018. Цитостатик, наиболее эффективный при ревматоидном артрите
- а) азатиоприн
 - б) метотрексат
 - в) циклофосфан
019. Цитостатик, наиболее эффективный при синдроме Вегенера и узелковом периартериите
- а) азатиоприн
 - б) метотрексат
 - в) циклофосфан
020. Признаки, характерные для дерматомиозита
- 1) "бабочка" на лице
 - 2) супраорбитальные отеки и гиперемия кожи около глаз
 - 3) остеолит ногтевых фаланг
 - 4) резкая мышечная слабость
 - 5) деформация суставов
 - 6) высокая температура
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 4, 6
 - в) верно 3, 5, 6
021. Затяжное течение ревматизма отличается всем перечисленным, кроме
- а) монотонного хронического течения
 - б) отсутствия ремиссий
 - в) отсутствия клинических проявлений
 - г) незначительного изменения лабораторных показателей
022. В лечении дерматомиозита основное значение имеет
- а) преднизолон в высоких дозах
 - б) преднизолон в средних дозах
 - в) антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты
 - г) циклофосфан
 - д) плазмаферез
023. Характерным признаком ревматизма, позволяющим поставить диагноз, является
- а) связь заболевания с перенесенной носоглоточной инфекцией
 - б) наличие латентного периода длительностью 2-4 недели
 - в) появление первых признаков заболевания в детском возрасте
 - г) все перечисленное
024. Для ревматизма характерно все перечисленное, кроме
- а) полисиндромности клинических проявлений с преимущественным поражением кожи и серозных оболочек
 - б) отсутствия жалоб, отражающих поражение сердца, в начале заболевания
 - в) склонности к рецидивам
 - г) изменения лабораторных показателей (высокого содержания фибриногена, повышения содержания С-реактивного белка и др.)
025. Для ревматического полиартрита характерно все перечисленное, кроме
- а) острого синовита
 - б) сопутствующей лихорадки
 - в) "летучего" характера поражения суставов
 - г) преимущественного поражения мелких и средних суставов
026. У больной 45 лет наблюдаются синдром Рейно вплоть до некротических изменений пальцев, нарушение глотания,

легочная гипертензия, затрудненное сгибание пальцев рук, уплотнение кожи в области кистей, укорочение пальцев за счет лизиса концевых фаланг.

Правильный диагноз

- а) системная красная волчанка
- б) ревматоидный артрит
- в) системная склеродермия
- г) узелковый периартериит
- д) тромбангиит Бюргера

027. К основным диагностическим критериям ревматизма относят

- а) кардит
- б) полиартрит
- в) хорею
- г) подкожные ревматические узелки
- д) кольцевидную эритему
- е) все перечисленное

028. При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить

- 1) преднизолон в высоких дозах
- 2) D-пеницилламин в средних и больших дозах
- 3) цитостатики
- 4) вазодилататоры
- 5) средства, корригирующие нарушенный гемостаз
- а) верно 1, 3, 5
- б) верно 2, 4, 5
- в) верно 1, 2, 4
- г) верно 3, 4, 5

029. Симптомы, наиболее соответствующие диагнозу первичного ревматизма

- а) симметричный отек и неподвижность сначала мелких, а затем и крупных суставов
- б) острый миокардит
- в) декальцификация пораженных суставов
- г) воспаление радужки

030. При ревматоидном артрите ранее всего поражаются суставы

- а) локтевые
- б) позвоночные
- в) крестцово-подвздошные
- г) проксимальные межфаланговые и суставы кистей
- д) коленные

031. Показанием к цитостатической терапии при системной красной волчанке является все перечисленное, кроме

- а) волчаночного гломерулонефрита
- б) "бабочки" на лице
- в) отсутствия эффекта от традиционной терапии преднизолоном
- г) волчаночного васкулита

032. Пульс-терапия метипредом показана при системной красной волчанке в следующих случаях

- 1) при волчаночном гломерулонефрите
- 2) при волчаночном поражении ЦНС
- 3) при тяжелой полисистемной форме заболевания
- 4) во всех случаях системной красной волчанки
- 5) только в детском возрасте
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 3, 5
- в) верно 4
- г) верно 1, 2, 3, 5

033. Для ревматоидного артрита длительного течения характерно осложнение

- а) общий атеросклероз сосудов
- б) нарушения углеводного обмена
- в) амилоидоз
- г) микоз
- д) порфирия

034. Плазмаферез при системной красной волчанке

- должен обязательно применяться
- а) при криоглобулинемическом васкулите
 - б) во всех случаях
 - в) при волчаночном полиартрите
 - г) при волчаночном миокардите
035. Осложнениями пульс-терапии метипредом являются все перечисленные, кроме
- а) нарушения ритма сердца
 - б) иммунной депрессии и инфекционных осложнений
 - в) гипергликемии
 - г) азотемии
 - д) асептического некроза шейки бедра
036. Показаниями для первичной профилактики ревматизма являются
- 1) стрептококковая инфекция у здорового до этого подростка
 - 2) стрептококковая инфекция у лиц, предрасположенных к ревматизму
 - 3) ангина, вызванная ревматогенными штаммами стрептококка, у лиц, не предрасположенных к ревматизму
 - 4) предрасположение к ревматизму, даже без стрептококковой инфекции
 - 5) любое ОРВИ у лиц, предрасположенных к ревматизму
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 5
 - в) верно 2, 3, 5
 - г) верно 4
 - д) верно 5
037. Для ревматоидного артрита наиболее характерным является
- а) положительный латекс-тест и реакция Ваалер - Роуза
 - б) наличие LE-клеток
 - в) высокий титр антистрептолизина-0
 - г) наличие моноклонального белка
 - д) высокий уровень мочевой кислоты в сыворотке крови
038. Контрактура кистей, синдром Рейно, микростомия, эзофагосклероз, атрофия кожи являются признаками
- а) ревматоидного артрита
 - б) дерматомиозита
 - в) склеродермии
 - г) микседемы
 - д) сифилиса
039. Выберите метод лечения для больной ревматоидным артритом, если у нее отсутствуют повышение температуры, висцериты и васкулиты, имеется выпот в коленных суставах; СОЭ - 35 мм/ч; продолжительность заболевания - 6 мес, прежде не лечилась
- а) только нестероидные противовоспалительные средства
 - б) их комбинация с внутрисуставным введением кеналога
 - в) препараты золота
 - г) D-пеницилламин
 - д) цитостатики
040. Вторичная профилактика ревматизма после активного ревмокардита и формирования порока сердца проводится обязательно в течение
- а) 1 года
 - б) 3 лет
 - в) 5 лет
041. При лечении тяжело протекающей системной красной волчанки плазмаферез и пульс-терапия преднизолоном
- а) сочетаются
 - б) не сочетаются
042. Показанием к комбинированному применению циклофосфана и пульс-терапии преднизолоном являются
- 1) тяжелое течение системной красной волчанки, не поддающееся лечению преднизолоном
 - 2) тяжело протекающий узелковый периартериит
 - 3) системная красная волчанка с доброкачественным течением
 - 4) склеродермия

- 5) дерматомиозит, не поддающийся традиционной терапии преднизолоном
 - а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 2, 4, 5
 - в) верно 1, 2, 5
 - г) верно 3, 4, 5
043. Тяжелую аллергию при системной красной волчанке вызывает
- а) гентамицин
 - б) пенициллин
 - в) цефалоспорины
 - г) бензеницин
 - д) эритромицин
044. Высокая инфицированность вирусом гепатита В характерна
- а) для системной красной волчанки
 - б) для ревматоидного артрита
 - в) для узелкового периартериита
 - г) для системной склеродермии
 - д) для ревматизма
045. Предрасположение к ревматизму имеет в своей основе
- 1) несостоятельность иммунитета к нескольким факторам внешней среды
 - 2) несостоятельность иммунитета именно по отношению к инфекции ревматогенными штаммами гемолитического стрептококка
 - 3) нарушение фагоцитоза и других систем противоинфекционной защиты
 - 4) наличие в качестве фона иммунодефицитного состояния
 - 5) нарушение санационной функции организма в отношении циркулирующих иммунных комплексов
 - а) верно 1, 3, 4
 - б) верно 2, 3, 5
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 4
046. При ревматизме наиболее часто (не считая сердца) поражаются
- а) суставы
 - б) центральная нервная система
 - в) почки
 - г) кожа
047. К основным осложнениям, вызываемым иммунодепрессантами (лейкераном, иммураном, циклофосфамидом), относятся все перечисленные, кроме
- а) инфекционных
 - б) панцитопении
 - в) урикозурии
048. К осложнениям стероидной терапии относится
- а) присоединение вторичной инфекции
 - б) мышечная слабость
 - в) гипергликемия
 - г) угнетение функции коры надпочечников
 - д) все перечисленное
049. Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилоартрит) чаще поражает
- а) детей
 - б) стариков
 - в) подростков и молодых мужчин (15-30 лет)
 - г) женщин в климактерическом периоде
 - д) молодых девушек
050. При болезни Бехтерева (анкилозирующем спондилоартрите) чаще возникает
- а) митральный стеноз
 - б) недостаточность митрального клапана
 - в) стеноз устья аорты
 - г) аортальная недостаточность
 - д) недостаточность трикуспидального клапана
051. Главным показателем аутоиммунной природы ревматического артрита является

- а) LE-клетки
 - б) ревматоидный фактор
 - в) высокий титр антистрептолизина-0
 - г) антитела к гладкой мускулатуре
052. При синдроме Рейтера может наблюдаться
- 1) асимметричный полиартрит
 - 2) поливисцерит
 - 3) увеит
 - 4) анкилозирующий спондилит
 - 5) уретрит
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2, 4
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно все перечисленное
053. Для синдрома Шегрена характерно
- 1) преимущественное поражение суставов с быстрым развитием деформаций
 - 2) сухость слизистых оболочек
 - 3) поражение эпителиальной ткани в целом
 - 4) злокачественные лимфомы как осложнение заболевания
 - 5) множественные висцериты
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 2, 4, 5
054. В лабораторной диагностике ревматоидного артрита имеет значение все перечисленное, кроме
- а) γ -глобулинемии и увеличения СОЭ
 - б) обнаружения фагоцитов в синовиальном выпоте
 - в) высокого цитоза в синовиальной жидкости
 - г) ревматоидного фактора
 - д) антител к фосфолипидам
055. Диагноз системной красной волчанки подтверждают все перечисленные лабораторные показатели, кроме
- а) LE-клеток
 - б) противоядерных антител
 - в) ревматоидного фактора
 - г) γ -глобулинемии
 - д) антител к фосфолипидам
056. Для волчаночного полиартрита характерно все перечисленное, кроме
- а) постепенного начала
 - б) симметричности поражения
 - в) утренней скованности, превышающей по продолжительности 30 мин
 - г) редкости значительных деформаций
 - д) сочетания с внесуставной симптоматикой
057. Для ревматического полиартрита наиболее характерны следующие изменения суставов
- 1) моноартрит
 - 2) полиартрит с утренней скованностью и деформациями мелких суставов
 - 3) острые боли в суставах летучего характера, не оставляющие деформаций
 - 4) быстрый регресс воспалительных изменений суставов при приеме антиревматических средств
 - 5) преимущественное поражение мелких суставов
 - а) верно 1, 2, 5
 - б) верно 3, 4
 - в) верно 5
 - г) верно 3, 5
 - д) верно 2, 5
058. Такие явления как лихорадка, полиневрит, артериальная гипертензия, бронхообструктивный синдром наиболее характерны
- а) для системной красной волчанки
 - б) для дерматомиозита
 - в) для узелкового периартериита

- г) для острого ревматизма
 - д) для инфекционного эндокардита
059. Эозинофилия чаще всего сопутствует
- а) ревматоидному артриту
 - б) узелковому периартерииту
 - в) склеродермии
 - г) системной красной волчанке
 - д) подагре
060. Женщина 65 лет два года болеет ревматоидным артритом. Выражены боли в суставах, отмечается субфебрильная температура; склонна к аллергии. Перенесла хронический пиелонефрит. В анализе мочи остается небольшая протеинурия. Вольтарен мало эффективен. Выберите препараты для лечения
- 1) индометацин
 - 2) делагил
 - 3) препараты золота
 - 4) метотрексат
 - 5) преднизолон
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 1, 3
 - в) верно 1, 5
 - г) верно 1, 2, 4
 - д) верно 1, 4
061. Выберите правильное лечение для больной ревматоидным артритом, 55 лет; заболевание протекает с васкулитом, миокардитом и лихорадкой
- 1) салицилаты и другие нестероидные противовоспалительные препараты
 - 2) преднизолон
 - 3) метотрексат
 - 4) препараты золота
 - 5) D-пеницилламин
 - а) верно 1, 3, 4
 - б) верно 1, 2, 3
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3
 - д) верно 1, 5
062. Показанием для назначения плазмафереза при ревматоидном артрите является
- 1) неэффективность обычной противовоспалительной и базисной терапии
 - 2) любое течение болезни
 - 3) осложнение криоглобулинемическим васкулитом
 - 4) осложнение амилоидозом
 - 5) осложнение гемолитической анемией, вызванной антителами к эритропоэтину
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 1, 3, 5
 - в) верно 2
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 3, 4, 5
063. Высокое содержание противострептококковых антител у больного с хроническим тонзиллитом и подозрением на ревматизм при отсутствии порока сердца и миокардита (анализ крови не изменен) может свидетельствовать
- 1) об активном ревматизме
 - 2) об отсутствии активного ревматизма
 - 3) об инфицированности стрептококком
 - 4) о наличии показаний к антибиотикотерапии
 - а) верно 1, 3, 4
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 4
 - г) верно 1, 3, 4
064. В пользу диагноза возвратного ревмокардита затяжного течения свидетельствуют
- 1) увеличение СОЭ до 30 мм/ч и более
 - 2) высокое содержание гликозаминогликанов в крови
 - 3) высокие титры антистрептокиназы

- 4) длительность атаки 6 мес
 - 5) увеличение активности ЛДГ-1, ЛДГ-2 и кислых фосфатаз в крови
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 4, 5
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно все перечисленное
065. Геберденовские узелки - это
- а) одна из разновидностей наследственных дегенеративных заболеваний
 - б) явление, сопутствующее ревматоидному артриту
 - в) отложения мочевой кислоты при подагре
 - г) фиброзные изменения после тендовагинита
 - д) проявление особой реакции организма при бронхитах и бронхоэктазах
066. Из перечисленных положений, имеющих отношение к этиологии ревматизма, правильными являются
- 1) ревматизмом заболевают только при наследственном предрасположении к данному заболеванию
 - 2) ревматизм у предрасположенных лиц могут вызвать только особые ревматогенные штаммы стрептококка
 - 3) ревматизм могут вызвать любые штаммы стрептококка
 - 4) заболеванию способствует дополнительное инфицирование вирусом Коксаки В4
 - 5) стрептококки вообще не имеют отношения к происхождению заболевания
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 1, 3, 4
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 5
 - д) верно 1, 4, 5
067. Развитию ревматизма способствуют
- 1) низкий социальный уровень жизни
 - 2) урогенитальная инфекция
 - 3) частые охлаждения
 - 4) женский пол
 - 5) хронический тонзиллит у нескольких членов семьи, проживающих вместе
 - а) верно 1, 3, 4, 5
 - б) верно 1, 2, 3
 - в) верно 2, 3, 4
 - г) верно 1, 2, 4, 5
 - д) верно 2, 3, 5
068. В комплексной терапии активного ревматизма широко применяют антибиотики, цель назначения которых
- 1) подавление активности текущего процесса
 - 2) санация организма от стрептококковой инфекции
 - 3) вторичная профилактика обострений ревматизма
 - 4) положительное влияние на ревматический полиартрит
 - а) верно 1, 4
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 2, 3, 4
069. Дополнительным показанием к более активной антибиотикотерапии при ревматизме является все перечисленное, кроме
- а) хронического тонзиллита с частыми обострениями
 - б) осложнения вторичным бактериальным эндокардитом
 - в) латентного течения процесса
 - г) высоких титров противострептококковых антител
 - д) наличия в организме других очагов хронической инфекции
070. Причиной неэффективности вторичной бициллинопрофилактики ревматизма может быть
- 1) недостаточность дозы пенициллина в бициллине-5
 - 2) слишком длинный интервал (4 недели) между инъекциями, который необходимо сократить до 3 недель
 - 3) устойчивость стрептококка к пенициллину
 - 4) необоснованность ее назначения в отдельных случаях

- а) верно 1, 3,
 - б) верно 2, 4
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 2
071. Выберите из перечисленных антиревматических препаратов 3 наиболее эффективных и с наименьшим побочным действием, которые в настоящее время являются средством выбора в лечении ревматизма и других ревматических заболеваний
- 1) аспирин
 - 2) напроксен
 - 3) вольтарен
 - 4) индометацин
 - 5) ибупрофен
 - 6) салициловая кислота
 - а) верно 3, 4, 5
 - б) верно 1, 6, 4
 - в) верно 6, 2, 4
 - г) верно 2, 3, 6
 - д) верно 1, 3, 4, 5
072. Выберите 2 наиболее подходящих препарата для лечения больного с активным возвратным часто рецидивирующим ревмокардитом, протекающим, однако, с минимальными сдвигами лабораторных показателей
- 1) преднизолон
 - 2) делагил (хлорохин)
 - 3) вольтарен
 - 4) пенициллин
 - 5) цитостатики
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
073. Традиционными показателями лабораторных исследований, облегчающими диагностику активного ревматизма острого и подострого течения, являются
- 1) нейтрофильный лейкоцитоз
 - 2) увеличение СОЭ свыше 30 мм/ч
 - 3) увеличение содержания в крови серомукоида, С-реактивного белка, сиаловых кислот, ДФА
 - 4) диспротеинемия в виде α_2 -глобулинемии, изредка γ -глобулинемии
 - 5) анемия
 - 6) высокий титр антистрептолизина-0
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно все перечисленное
 - в) верно 2, 3, 4, 6
 - г) верно 1, 2, 4, 6
 - д) верно 2, 3, 4
074. Показанием для назначения глюкокортикостероидов при активном ревматизме является
- 1) первичный и возвратный ревмокардит с острым и подострым течением
 - 2) наличие декомпенсации сердечной деятельности у больного с возвратным ревмокардитом II степени активности
 - 3) латентный (сомнительный) ревмокардит у больного, имевшего сложный порок сердца и декомпенсацию сердечной деятельности
 - 4) активный ревматизм в каждом случае
 - 5) глюкокортикостероиды при ревматизме не назначаются вообще
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 4, 5
 - г) верно 3, 4, 5
 - д) верно 1, 2, 3, 4
075. Остеолиз ногтевых фаланг кистей является ранним симптомом
- а) саркоидоза
 - б) костно-суставного туберкулеза

- в) склеродермии
 - г) подагрической артропатии
 - д) ревматоидного артрита
076. Для болезни Шегрена характерно
- 1) артрит
 - 2) высокий титр ревматоидного фактора в сыворотке крови
 - 3) лейкопения
 - 4) увеличение языка
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
077. Для синдрома Стилла характерны
- 1) начало лихорадки и других системных проявлений после возникновения артрита
 - 2) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
 - 3) развитие недостаточности аортального клапана
 - 4) лейкоцитоз
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
078. Узловая эритема типична
- 1) для иерсиниоза
 - 2) для саркоидоза
 - 3) для синдрома Бехчета
 - 4) для ревматизма
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
079. Сакроилеит не встречается
- а) при синдроме Рейтера
 - 2) при ювенильном ревматоидном артрите
 - 3) при псориатическом артрите
 - 4) при ревматоидном артрите
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
080. Для синдрома Бехчета характерно
- 1) афтозный стоматит
 - 2) генитальные афты
 - 3) ирит
 - 4) тромбозы
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
081. Синдром Шегрена встречается
- 1) при системной склеродермии
 - 2) при полимиозите
 - 3) при системной красной волчанке
 - 4) при ревматоидном артрите

- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
082. Для остеоартроза кисти характерно поражение
- 1) пястно-фалангового сустава I пальца
 - 2) дистальных межфаланговых суставов
 - 3) I запястно-пястного сустава
 - 4) проксимальных межфаланговых суставов II-V пальцев
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
083. Применение хинолиновых производных обосновано при лечении
- 1) ревматической полимиалгии
 - 2) болезни Бехтерева
 - 3) псориатического артрита
 - 4) ревматоидного артрита
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
 - е) все перечисленное неверно
084. Для оценки тяжести митрального стеноза важными являются все перечисленные показатели, кроме
- а) площади митрального отверстия по данным эхокардиографии
 - б) максимального трансмитрального диастолического градиента давления
 - в) конечно-диастолического размера желудочка
 - г) времени уменьшения вдвое максимального трансмитрального градиента давления
085. Для митральной регургитации характерно
- а) длительный период компенсации
 - б) признаки левожелудочковой недостаточности
 - в) тромбоэмболические осложнения
 - г) все перечисленное
086. По данным эхокардиографии у больных с митральной регургитацией могут быть выявлены
- а) дилатация левого желудочка
 - б) дилатация левого предсердия
 - в) расширение корня аорты
087. Эхокардиографическими признаками тяжелого миоперикардита являются все перечисленные, кроме
- а) дилатации левого желудочка со снижением сократительной способности миокарда
 - б) образования между перикардом и эпикардом эхо-свободного пространства
 - в) гиперкинезии и парадоксального движения стенок сердца
 - г) тромбоза желудочков сердца
 - д) аортальной регургитации
088. Эхокардиографическими признаками митрального стеноза являются все перечисленные, кроме
- а) куполообразного диастолического изгиба передней митральной створки
 - б) однонаправленного движения митральных створок
 - в) уменьшения площади митрального отверстия
 - г) дилатации правого желудочка
 - д) патологического трансмитрального диастолического градиента давления
089. Среди положений, относящихся к показаниям и противопоказаниям

- к хирургическому лечению митральной регургитации,
укажите неправильное
- а) применяется редко, при митральной регургитации, развившейся вследствие дилатации левого желудочка
 - б) применяется при неэффективности консервативных методов
 - в) применяется при митральной регургитации средней тяжести
 - г) применяется в срочном порядке при острой митральной регургитации
 - д) не показано при хронической митральной регургитации
090. Электрокардиографическими признаками аортального стеноза являются все перечисленные, кроме
- а) гипертрофии левого желудочка
 - б) гипертрофии левого предсердия
 - в) атриовентрикулярной блокады
 - г) гипертрофии правого предсердия
 - д) блокады левой ножки пучка Гиса
 - е) мерцательной аритмии на поздних стадиях порока
091. Электрокардиографическими признаками митрального стеноза являются все перечисленные, кроме
- а) гипертрофии левого предсердия
 - б) мерцательной аритмии
 - в) гипертрофии правого желудочка
 - г) гипертрофии левого желудочка
 - д) поворота электрической оси сердца вправо
092. Фонокардиографическими признаками сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза являются все перечисленные, кроме
- а) усиления I тона
 - б) наличия "тона открытия митрального клапана"
 - в) наличия III тона
 - г) наличия IV тона
 - д) апикального систолического шума, связанного с I тоном
 - е) мезодиастолического шума
093. Фонокардиографическими признаками сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности являются все перечисленные, кроме
- а) ослабления I и II тонов сердца
 - б) непрерывного систоло-диастолического шума
 - в) наличия III тона
 - г) наличия IV тона
 - д) наличия аортального тона изгнания
 - е) систолического и протодиастолического шумов
094. Основными методами диагностики многоклапанных пороков сердца являются все перечисленные, кроме
- а) эхокардиографии
 - б) фонокардиографии
 - в) рентгенографии
 - г) катетеризации сердца
 - д) сфигмографии
095. Ультразвуковая доплерография используется в диагностике поражений сосудов при первичных и вторичных васкулитах с целью
- а) определения артериальных окклюзий
 - б) определения окклюзий коллатералей сосудов
 - в) определения венозного тромбоза
 - г) оценки состояния брахиоцефальных сосудов
 - д) всего перечисленного
096. Среди положений, относящихся к термографическому исследованию в ревматологической практике, укажите неверное
- а) проводится с помощью тепловизора
 - б) проводится с помощью жидких кристаллов
 - в) позволяет количественно характеризовать воспалительный процесс во внутренних органах или суставах
 - г) термографические показатели не зависят от температуры помещения, в котором проводится исследование

097. Среди положений, касающихся ультразвуковой диагностики патологии суставов, укажите неверное
- а) позволяет обнаружить выпот в полости сустава даже при отсутствии клинической картины синовита
 - б) позволяет уточнить локализацию выпота и его объем
 - в) неблагоприятно влияет на организм больного
 - г) позволяет определить толщину синовиальной оболочки
 - д) позволяет определить характер изменений в синовиальной оболочке
098. Обнаружение ревматоидного фактора для диагноза ревматоидного артрита
- а) предполагает обязательно
 - б) не предполагает
099. Для системной красной волчанки характерно обнаружение в сыворотке крови антител
- а) к нативной ДНК
 - б) к центромерам
 - в) к цитоплазмным антигенам нейтрофилов
100. Наиболее высокие титры ревматоидного фактора наблюдаются
- а) при ревматоидном артрите
 - б) при системной склеродермии
 - в) при системной красной волчанке
 - г) при болезни Шегрена
101. Истинные LE-клетки представляют собой
- а) сегментоядерные лейкоциты, содержащие ядра других клеток
 - б) сегментоядерные лейкоциты, содержащие лимфоциты
 - в) моноциты, содержащие ядра других клеток
 - г) моноциты, образующие "розетки" с эритроцитами
 - д) гематоксилиновые тельца
102. Ревматоидный фактор - это антитела класса IgM, которые реагируют
- а) с частицами латекса
 - б) с агрегированным γ -глобулином человека
 - в) с частицами бентонита
 - г) с эритроцитами барана
103. Ревматоидный фактор представляет собой
- а) β -макроглобулин
 - б) антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM
 - в) антитело к агрегированному альбумину
 - г) простагландин
104. Определение общего количества и субпопуляций Т-лимфоцитов целесообразно
- а) при проведении дифференциального диагноза ревматических заболеваний
 - б) при оценке тяжести патологического процесса
 - в) при выявлении сопутствующего иммунодефицита
105. Определение компонентов комплемента C_3 , C_4 и его общего уровня по CH_{50} показано
- а) при оценке тяжести состояния больного любым воспалительным заболеванием суставов
 - б) при определении возможности развития или прогрессирования нефрита у больных системной красной волчанкой
 - в) при опасности развития "склеродермической почки" у больных системной склеродермией
106. Существенное увеличение С-реактивного белка наблюдается
- а) при системной красной волчанке
 - б) при переломе костей
 - в) при ревматоидном артрите
107. Для ревматической лихорадки характерны следующие показатели
- а) умеренный лейкоцитоз
 - б) моноцитоз

- в) повышенные титры антистрептолизина-0
 - г) повышение уровня фибриногена
 - д) все перечисленные
108. При системной красной волчанке обычно наблюдается
- а) лейкоцитоз
 - б) лейкопения
109. Для системной красной волчанки характерно
- а) гемолитическая анемия
 - б) макроцитарная анемия
110. Тромбоцитопения при системной красной волчанке проявлением побочного действия цитостатиков
- а) является
 - б) не является
111. При болезни Бехтерева лабораторные показатели отражают активность воспалительного процесса
- а) адекватно
 - б) не адекватно
112. При болезни Бехтерева частота выявления антигена гистосовместимости HLA B27 составляет
- а) менее 50%
 - б) 50%
 - в) свыше 70%
113. При болезни Рейтера установить наличие хламидийной инфекции
- а) удастся всегда
 - б) удастся не всегда
114. Наиболее чувствительный метод обнаружения хламидийной инфекции
- а) выявление антител к хламидиям
 - б) исследование на хламидии соскобов из уретры или цервикального канала
 - в) метод культуры ткани
115. При болезни Рейтера СОЭ, превышающая 50 мм/ч, наблюдается
- а) редко
 - б) часто
116. При дерматомиозите высокие значения СОЭ встречаются
- а) редко
 - б) часто
117. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет
- а) повышение уровня острофазовых белков
 - б) высокая активность креатинфосфокиназы
 - в) умеренный лейкоцитоз
 - г) наличие гемолитической анемии
118. Значительное увеличение СОЭ наименее характерно
- а) для системной красной волчанки
 - б) для ревматоидного артрита
 - в) для ревматической полимиалгии
 - г) для активного ревматизма
119. Иммунологическими маркерами антифосфолипидного синдрома являются
- а) антитела к кардиолипину
 - б) волчаночный антикоагулянт
 - в) ложноположительная реакция Вассермана
 - г) все перечисленные
120. Верхняя граница нормы уровня мочевой кислоты в крови у женщин составляет
- а) 0.30 ммоль/л
 - б) 0.36 ммоль/л
 - в) 0.42 ммоль/л

121. Для ревматоидного артрита характерны следующие изменения синовиальной жидкости
- снижение вязкости
 - содержание лейкоцитов, превышающее $5 \times 10^9/\text{л}$
 - наличие ревматоидного фактора
 - наличие рагоцитов
 - все перечисленные
122. Синовиальная жидкость при хондрокальцинозе характеризуется
- снижением вязкости
 - высоким содержанием клеточных элементов
 - наличием рагоцитов
 - наличием кристаллов пирофосфата кальция
 - всем перечисленным
123. При ревматизме наблюдаются изменения следующих лабораторных параметров
- содержания фибриногена
 - активности трансаминаз
 - показателя дифениламиновой реакции
 - снижение клубочковой фильтрации
 - всех перечисленных
 - верно а) и в)
124. Для верификации острого моноартрита наиболее важны следующие параметры синовиальной жидкости
- тест муцинового сгустка
 - содержание глюкозы
 - уровень комплемента
 - данные микроскопического исследования
 - все перечисленные
 - верно б) и г)
125. При болезни Шегрена часто выявляется
- лейкопения
 - антитела к ДНК
 - антинуклеарные антитела
 - Ro/La антитела
 - все перечисленное

Раздел 18

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

001. В крови здорового человека циркулируют липопротеины
- хиломикроны
 - липопротеины очень низкой плотности (ЛОНП), или пре-β-липопротеины
 - липопротеины низкой плотности (ЛПН), или β-липопротеины
 - липопротеины высокой плотности (ЛВП), или α-липопротеины
 - все перечисленные
002. Все перечисленное верно, кроме
- главной составной частью липопротеинов низкой плотности (ЛНП), или β-липопротеинов, является холестерин
 - главной составной частью хиломикронов являются триглицериды
 - главной составной частью липопротеинов высокой плотности (ЛВП), или α-липопротеинов, являются фосфолипиды и холестерин
003. Атерогенными являются следующие виды липопротеинов
- пре-β-липопротеины
 - β-липопротеины
 - "флотирующие" липопротеины
 - хиломикроны
 - α-липопротеины
- верно 1, 2, 3
 - верно 2, 3, 4
 - верно 1, 4, 5
 - верно 2, 4, 5
 - верно 3, 4, 5

004. Гиперлипидемия способствует
- а) замедлению кровотока в капиллярах
 - б) повышению вязкости крови
 - в) нарушению обмена кислорода между клеточной мембраной и кровью
 - г) усилению адгезии тромбоцитов, микротромбообразованию
 - д) всему перечисленному
005. Для I типа гиперлипопротеинемии характерно все перечисленное, кроме
- а) повышения содержания хиломикронов в крови
 - б) повышения содержания триглицеридов в крови
 - в) нормального содержания холестерина в крови
 - г) значительного повышения содержания холестерина в крови
006. I тип гиперлипопротеинемии клинически проявляется
- а) липемией сетчатки
 - б) ксантоматозом кожи
 - в) гепатоспленомегалией
 - г) диспепсическими явлениями
 - д) всем перечисленным
007. I тип гиперлипопротеинемии (хиломикронемии) может встречаться
- а) при сахарном диабете
 - б) при алкогольном панкреатите
 - в) при диспротеинемиях
 - г) при всех перечисленных состояниях
008. III тип гиперлипопротеинемии характеризуется
- а) появлением "флотирующих" β -липопротеинов
 - б) повышением содержания триглицеридов
 - в) повышением содержания холестерина в плазме
 - г) патологической толерантностью к углеводам
 - д) всем перечисленным
009. Для IV типа гиперлипопротеинемии характерно все перечисленное, кроме
- а) повышения содержания липопротеинов очень низкой плотности (ЛОНП)
 - б) нормального содержания холестерина
 - в) повышенного содержания холестерина
 - г) всего перечисленного
010. Для IV типа гиперлипопротеинемии характерно
- а) частые приступы стенокардии и инфаркты миокарда
 - б) поражение крупных артерий
 - в) частое сочетание с сахарным диабетом
 - г) частое сочетание с подагрой
 - д) все перечисленное
011. Все перечисленное верно, кроме того, что
- а) для V типа гиперлипопротеинемии характерно повышение содержания в крови липопротеинов очень низкой плотности (ЛОНП) и хиломикронов
 - б) ишемическая болезнь сердца при V типе гиперлипопротеинемии встречается значительно реже, чем при II, III и IV типах
 - в) ишемическая болезнь сердца при V типе гиперлипопротеинемии встречается значительно чаще, чем при II, III и IV типах
012. Среди утверждений, касающихся особенностей атеросклеротической бляшки, выберите верное
- а) в бляшке могут возникнуть изъязвления и кровоизлияния
 - б) в бляшке происходят процессы фиброобразования и кальцинирования
 - в) на поверхности бляшки могут откладываться тромботические массы
 - г) атероматозные массы могут служить источником тромбоэмболий
 - д) верно все перечисленное
013. Стадиями клинического проявления атеросклероза являются
- а) ишемическая
 - б) дистрофическо-некротическая
 - в) собственно склеротическая
 - г) все перечисленные

014. Для атеросклероза не характерно повышение содержания
- холестерина
 - триглицеридов
 - β -липопротеинов
 - фосфолипидов
015. Понос, метеоризм и судороги, возникшие после приема сахарозы, указывают
- на сахарный диабет
 - на недостаточность глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы
 - на недостаточность дисахаридазы
 - на болезнь отложения гликогена
 - на инсулому
016. Для галактоземии характерно все перечисленное, кроме
- недостаточности галактозо-1-фосфатуридил-трансферазы
 - катаракты
 - уменьшения толерантности к галактозе у взрослых
 - недостаточности галактозо-6-фосфатазы
017. Признаком эссенциальной фруктозурии является
- изостенурия
 - полиурия
 - постуральная гипотензия (ортостатический коллапс)
 - снижение почечного порога для глюкозы
 - отсутствие клинических проявлений
018. Диагноз врожденной галактоземии будет заподозрен на основании
- увеличения содержания глюкозы в моче
 - увеличения восстанавливающих веществ в моче
 - данных семейного анамнеза
 - гемолитической анемии
019. Главными признаками болезни накопления гликогена являются сочетания
- гепатомегалии и гипергликемии
 - спленомегалии и гипергликемии
 - макроглоссии и гипогликемии
 - гепатомегалии и гипогликемии
 - гепатомегалии и макроглоссии
020. При болезни накопления гликогена преимущественно поражаются
- печень и мышцы
 - печень и головной мозг
 - поджелудочная железа и головной мозг
 - поджелудочная железа и яички
 - мышцы и кости
021. Для инсулинового шока характерны
- выраженная дегидратация
 - потеря сознания
 - липемия сетчатки
 - судороги
 - возникновение в связи с инфекцией или хирургической травмой
- верно 1, 2
 - верно 2, 3
 - верно 3, 4
 - верно 2, 4
 - верно 4, 5
022. Для диабетической комы характерно все перечисленное, кроме
- выраженной дегидратации
 - потери сознания
 - липемии сетчатки
 - судорог
 - возникновения в связи с инфекцией или хирургической травмой
023. Диабетический кетоацидоз обычно провоцируется
- инфекцией
 - хирургическим вмешательством или травмой
 - острым инфарктом миокарда

- г) желудочно-кишечными расстройствами с нарушением всасывания или рвотой
 - д) всем перечисленным
024. При диабетическом кетоацидозе имеют место все перечисленные признаки, кроме
- а) осмотического диуреза
 - б) потери электролитов при введении гипотонического раствора в плазму
 - в) потери воды и потери электролитов с мочой
 - г) кальцийурии
 - д) дегидратации
025. Цистинурия чаще всего сочетается
- а) с выраженной умственной отсталостью
 - б) с гомоцистинурией
 - в) с наличием гексагональных кристаллов в моче
 - г) с нарушением питания вследствие потери цистина с мочой
 - д) с гидроцефалией
026. Диагноз амилоидоза лучше всего подтверждается
- а) пробой с конго-рот
 - б) наличием в моче белка Бен-Джонса
 - в) исследованием костного мозга
 - г) гистологическим исследованием биоптата прямой кишки
 - д) клиническими признаками
027. Характерными неврологическими симптомами амилоидоза являются
- а) периферические моторные и сенсорные расстройства
 - б) признаки сдавления спинного мозга в поясничном отделе
 - в) признаки сдавления спинного мозга в грудном отделе
 - г) периферические нарушения, связанные с центральными нарушениями
028. К повышению содержания мочевой кислоты в крови у больных подагрой приводит
- а) увеличение синтеза уратов
 - б) увеличение связывания с белками плазмы
 - в) уменьшение разложения мочевой кислоты до мочевины
 - г) снижение почечной экскреции
 - д) все перечисленное
029. Для подагры характерно все перечисленное, кроме
- а) поражения суставов
 - б) поражения почек
 - в) повышения содержания мочевой кислоты
 - г) спондилита
030. Провоцирующими факторами при остром подагрическом артрите являются все перечисленные, кроме
- а) приема алкоголя
 - б) употребления пищи, богатой пуринами
 - в) рентгенотерапии
 - г) хирургического вмешательства
 - д) действия АКТГ
031. Подагра часто сопровождается
- а) нефролитиазом
 - б) болезнями сосудов почек
 - в) артериальной гипертензией
 - г) другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы
 - д) всем перечисленным
032. Для алкаптонурии верно все перечисленное, за исключением
- а) усиления выделения гомогентизиновой кислоты
 - б) отсутствия специфического лечения
 - в) развития кальциноза межпозвоночных дисков
 - г) влияния витамина С на дефект энзима
033. Для гемохроматоза характерно
- а) развитие гепатомы
 - б) возникновение сердечных аритмий

- в) более высокая заболеваемость среди мужчин
 - г) более высокая заболеваемость среди женщин
 - д) все перечисленное, кроме г)
 - е) все перечисленное, кроме в)
034. Характерными признаками гемохроматоза являются
- а) сахарный диабет
 - б) гепатомегалия
 - в) поражение сердца
 - г) пигментация кожи
 - д) все перечисленные
035. Наибольшее отложение железа при гемохроматозе наблюдается
- а) в коже
 - б) в волосах
 - в) в селезенке
 - г) в печени
 - д) в почках
036. Причиной сахарного диабета при гемохроматозе является
- а) малый выброс инсулина
 - б) повреждение печени
 - в) склероз островков Лангерганса
 - г) отложение железа в островковых клетках поджелудочной железы
 - д) дегенерация промежуточных протоков поджелудочной железы
037. Основной причиной смерти при гемохроматозе является
- а) печеночная кома
 - б) пневмония
 - в) диабетическая кома
 - г) кровотечение из варикозных вен
 - д) острая сердечная недостаточность
038. Разновидностью порфирина, выделяющейся в норме с мочой и калом, является
- а) уропорфирин
 - б) протопорфирин III
 - в) каловый протопорфирин
 - г) кишечный порфирин
 - д) δ-аминолевулиновая кислота
039. При острой интермиттирующей порфирии верно все перечисленное, кроме
- а) повышения экскреции порфобилиногена
 - б) преобладания женского пола среди больных
 - в) увеличения экскреции δ-аминолевулиновой кислоты
 - г) повышенной экскреции уропорфиринов
040. Диагноз острой интермиттирующей порфирии подтверждается
- а) выраженными поражениями кожи
 - б) положительным тестом Ватсон - Шварца
 - в) флюоресценцией эритроцитов
 - г) поражением автономной нервной системы
041. Эритропоэтическая протопорфирия характеризуется
- 1) флюоресценцией эритроцитов
 - 2) поражением печени
 - 3) психическими расстройствами
 - 4) избыточной продукцией порфирина
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 2, 5
042. Уменьшение меланина в коже наблюдается
- 1) при болезни Уиппла
 - 2) при фенилкетонурии
 - 3) при множественной фиброзной дисплазии
 - 4) при лепре
 - а) верно 1, 2

- б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 1, 4
043. При остеомалиции может наблюдаться
- а) искривление трубчатых костей
 - б) синдром Милькмана (ложные переломы)
 - в) отсутствие твердой пластинки кости
 - г) нефрокальциноз
 - д) все перечисленное
044. Следствием недостаточности витамина D может быть все перечисленное, кроме
- а) уменьшения всасывания кальция из кишечника
 - б) гиперкальциемии
 - в) уменьшения выведения кальция почками
 - г) уменьшения выведения фосфатов почками
045. Осложнения при болезни Педжета включают все перечисленное, кроме
- а) кальциевых камней в почках
 - б) остеогенной саркомы
 - в) гиперкальциемии
 - г) вторичного гиперпаратиреоза
046. Триада при болезни Вильсона включает все перечисленное, кроме
- а) цирроза печени
 - б) низкого содержания церулоплазмينا
 - в) признаков поражения базального ганглия
 - г) увеличения содержания меди в плазме
047. Основные клинические проявления синдрома Киммелстила - Уилсона
- а) протеинурия, гипоальбуминемия, артериальная гипертензия
 - б) протеинурия, артериальная гипертензия, анемия
 - в) протеинурия, артериальная гипертензия, отеки
 - г) гематурия, артериальная гипертензия, отеки
 - д) гематурия, протеинурия, отеки
048. Синдром Фанкони включает в себя все перечисленные признаки, кроме
- а) аминоацидурии и глюкозурии
 - б) рахита, резистентного к витамину D
 - в) гиперфосфатурии
 - г) гиперкалиемии
049. Вторичная гиперлипопротеинемия может наблюдаться
- а) при сахарном диабете
 - б) при гипертиреозе
 - в) при гипотиреозе
 - г) при нефротическом синдроме
 - д) при хронических заболеваниях почек
050. Вторичным гиперлипопротеинемиям способствует длительное применение всего перечисленного, кроме
- а) алкоголя
 - б) диуретиков
 - в) психотропных препаратов
 - г) антагонистов кальция и β -адреноблокаторов
 - д) противозачаточных средств
051. Улучшение показателей липидного обмена наблюдается при применении всего перечисленного, кроме
- а) липотропных средств
 - б) антиоксидантов
 - в) препаратов, содержащих витамин А и каротины
 - г) β -адреноблокаторов

Раздел 19

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

001. Частота наследственной и врожденной патологии среди новорожденных составляет
- а) менее 0.1%
 - б) 0.5-1%
 - в) 2-2.5%
 - г) 3-4%
 - д) 5-6%
002. Наследственные болезни могут проявиться в возрасте
- а) на первом году жизни
 - б) 3-5 лет
 - в) 5-20 лет
 - г) 20-45 лет
 - д) в любом возрасте
003. Из перечисленных определений наследственных болезней наиболее правильным является
- а) заболевания, которые встречаются у нескольких членов семьи
 - б) заболевания, которые определяются нарушениями в генах или хромосомах
 - в) врожденные заболевания
 - г) верно все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
004. Половые хромосомы можно обнаружить
- а) в половых клетках
 - б) в клетках эпителия кожи
 - в) в лимфоцитах
 - г) во всех перечисленных клетках
 - д) ни в одной из перечисленных клеток
005. Из перечисленных заболеваний и пороков развития по аутосомно-доминантному типу наследуются
- а) шизофрения
 - б) эпилепсия
 - в) агенезия почек
 - г) гипоспадия
 - д) ничего из перечисленного
006. По аутосомно-доминантному типу наследуются все перечисленные заболевания, за исключением
- а) ахондроплазии
 - б) фенилкетонурии
 - в) нейрофиброматоза
 - г) хорей Гентингтона
 - д) синдрома Элерса - Данлоса
007. Большинство наследственных нарушений метаболизма обусловлено
- а) доминантными генами
 - б) рецессивными генами
 - в) геномной ДНК
 - г) цитоплазматической наследственностью
 - д) трисомией
008. Гипертоническая болезнь относится к наследственным болезням
- а) аутосомно-рецессивным
 - б) аутосомно-доминантным
 - в) сцепленным с X-хромосомой
 - г) полигенным
 - д) ни к одному из перечисленных типов
009. В семье больного бронхиальной астмой ребенок также страдает этим заболеванием. Супруги обратились за прогнозом в отношении будущего потомства. Врач рассчитывает генетический риск рождения больного
- а) согласно законам Менделя
 - б) по сегрегации хромосом в гаметах
 - в) используя таблицы эмпирического риска
 - г) не прибегая ни к одному из указанных методов

010. Признаками аутосомно-доминантного наследования являются
- а) сходное проявление болезни в гомо- и гетерозиготном состоянии
 - б) проявление патологического состояния, как правило, вне зависимости от пола
 - в) вероятность рождения больного ребенка в браке больного и здорового супругов, равная 50%
 - г) вероятность рождения больного ребенка в семье двух больных родителей, равная 75%
 - д) все перечисленные
011. Врожденные наследственные пороки вызываются
- а) вредными факторами, воздействующими на зиготу после оплодотворения
 - б) вредным влиянием на зародыш некоторых лекарств, вирусов, облучения, гипоксии
 - в) вредными факторами, воздействующими на гаметы родителей
 - г) верно а) и б)
 - д) всем перечисленным
012. Мультифакториальная природа характерна для следующих заболеваний
- 1) рака желудка
 - 2) сахарного диабета
 - 3) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 4) бронхиальной астмы
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 3
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 4
 - д) верно все перечисленное
013. Мультифакториальная природа характерна для следующих заболеваний
- 1) гипертонической болезни
 - 2) атеросклероза
 - 3) шизофрении
 - 4) глаукомы
 - 5) маниакально-депрессивного психоза
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 4
 - в) верно 2, 3
 - г) верно 4, 5
 - д) верно все перечисленное
014. В одном из регионов отмечено большое количество больных с одноклассным заболеванием щитовидной железы. Распределение больных в семьях не позволило сделать вывод о характере наследования. Конкордантность моно- и дизиготных близнецов оказалась практически одинаковой. Речь идет
- а) о моногенном заболевании
 - б) о мультифакториальном заболевании
 - в) о ненаследственном заболевании
015. При шизофрении конкордантность монозиготных близнецов (МБ) составляет 80%, а дизиготных близнецов (ДБ) - 13%. Это свидетельствует о том, что заболевание обусловлено
- а) генетическими факторами
 - б) факторами внешней среды
 - в) факторами внешней среды при определенном генетическом предрасположении
016. У молодого человека, страдающего приступами стенокардии с 18 лет, в возрасте 20 лет развился острый инфаркт миокарда. При осмотре выявляются ксантомы в области локтевых суставов, уровень холестерина в крови - 500 мг%. Отец и мать больного также страдают стенокардией. Врач должен подумать
- а) о болезни Нимана - Пика
 - б) о болезни Гоше
 - в) о гиперлипотеинемии

- г) о семейной гиперхолестеринемии
 - д) о лейкодистрофии
017. Второй тип гиперлипопротеинемии
- а) наследуется по аутосомно-доминантному типу
 - б) наследуется по аутосомно-рецессивному типу
 - в) сцеплен с X-хромосомой
 - г) является мультифакториальным заболеванием
 - д) сцеплен с Y-хромосомой
018. Основными признаками наследственного заболевания являются
- 1) недоразвитие или чрезмерное развитие отдельных частей тела
 - 2) небольшой разброс во времени проявления симптомов заболевания
 - 3) прогрессирование патологического процесса
 - 4) положительный эффект от лечения
 - 5) благоприятный прогноз для жизни
- а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 3, 5
 - г) верно 1, 2, 3
 - д) верно 3, 4, 5
019. Из перечисленных заболеваний к мультифакториальным относятся
- 1) хромосомные болезни
 - 2) изолированные врожденные пороки развития
 - 3) синдромы множественных врожденных пороков развития
 - 4) хронические инфекции
 - 5) хронические неинфекционные заболевания взрослых
- а) верно все перечисленное
 - б) все перечисленное неверно
 - в) верно 1, 2
 - г) верно 2, 5
 - д) верно 3, 5
020. Мультифакториальное наследование характерно для всех перечисленных аномалий, за исключением
- а) Spina bifida
 - б) расщелины губы и неба
 - в) полидактилии
 - г) пилоростеноза
 - д) анэнцефалии
021. Количественное соотношение генетических и средовых факторов при мультифакториальном наследовании составляет
- а) один ген и один средовой фактор
 - б) один ген и много средовых факторов
 - в) много генов и один средовой фактор
 - г) сочетание множества генетических и средовых факторов
 - д) все перечисленные варианты
022. Наиболее важным при мультифакториальном наследовании является следующее взаимодействие генов
- а) доминирование
 - б) аддитивность
 - в) эпистаз
 - г) все перечисленные типы взаимодействия
 - д) ни один из перечисленных типов
023. Из перечисленных заболеваний по аутосомно-рецессивному типу наследуются
- а) врожденные пороки сердца
 - б) эпилепсия
 - в) пилоростеноз
 - г) эмфизема легких
 - д) ни одно из перечисленных заболеваний
024. Из перечисленных заболеваний наследуются как сцепленные с X-хромосомой
- а) адреногенитальный синдром
 - б) гемофилия А

- в) синдром Клайнфелтера
 - г) синдром Шерешевского - Тернера
 - д) синдром геморрагической телеангиэктазии
025. В медико-генетическую консультацию обратилась женщина, муж которой болен гемофилией А. Если известно, что наследственность женщины по гемофилии неотягощена, в этом браке можно ожидать следующую ситуацию
- а) риск для мальчика унаследовать гемофилию - 50%
 - б) все мальчики будут больны
 - в) все дети будут здоровы
 - г) риск для девочек быть больными 100%
 - д) половина девочек будут носителями патологического гена
026. В медико-генетическую консультацию обратилась женщина, муж которой болен фосфат-диабетом (гипофосфатемическим семейным рахитом). Риск унаследовать фосфат-диабет для ее детей
- а) все мальчики будут больны
 - б) все девочки будут здоровы
 - в) риск для мальчика быть больным 50%
 - г) риск для девочки быть больной 50%
 - д) все девочки будут больны, мальчики здоровы
027. Для больных с синдромом трисомии-Х характерны
- 1) вторичная аменорея
 - 2) олигофрения
 - 3) крыловидная складка на шее
 - 4) два тельца Барра
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 2, 4
 - г) верно 1, 3, 4
 - д) верно все перечисленное
028. При подагре обычно наблюдается
- 1) поражение суставов
 - 2) остеопатия
 - 3) повышение содержания мочевой кислоты
 - 4) спондилит
 - а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 2, 3
 - г) верно все перечисленное
029. Подагра часто сопровождается
- а) нефролитиазом
 - б) поражением сосудов почек
 - в) артериальной гипертензией
 - г) заболеваниями сердечно-сосудистой системы
 - д) всем перечисленным
030. Синдром Леша - Найхана (Найяна) включает
- 1) умственное недоразвитие
 - 2) приступы агрессивного поведения с самоповреждениями
 - 3) повышение содержания в крови мочевой кислоты
 - 4) сахарный диабет
 - а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 3, 4
 - г) верно 1, 2, 3
 - д) верно все перечисленное
031. Ведущими признаками цистинурии являются
- 1) нефролитиаз
 - 2) наличие кристаллов цистина в моче
 - 3) повышение экскреции с мочой цистина, лизина, аргинина и орнитина
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 1, 3
 - в) верно 2, 3

- г) верно все перечисленное
032. Несоответствие генетического и фенотипического пола может наблюдаться
- а) при синдроме Клайнфелтера
 - б) при синдроме Тернера
 - в) при синдроме Лоуренса - Муна - Барде - Бидля
 - г) при синдроме тестикулярной феминизации
 - д) при синдроме Нунен
033. Очаги гиперпигментации в сочетании с умственной отсталостью характерны
- а) для фенилкетонурии
 - б) для синдрома Тернера
 - в) для синдрома Реклингхаузена
 - г) для синдрома Ваарденбурга
 - д) для синдрома Гиппеля - Линдау
034. Наиболее характерный симптом туберкулезного склероза
- а) отставание в росте и физическом развитии
 - б) нарушение функции внутренних органов
 - в) прогрессирующая потеря слуха
 - г) умственная отсталость
 - д) все перечисленное
035. Тип наследования синдрома Гарднера (диффузный полипоз кишечника)
- а) аутосомно-рецессивный
 - б) аутосомно-доминантный
 - в) Х-сцепленный рецессивный
 - г) Х-сцепленный доминантный
 - д) мультифакториальный
036. Задержка роста, раннее поседение и облысение, выпадение зубов, атрофия подкожного жира, гипогонадизм, ранний атеросклероз, сморщенное лицо - симптомы, характерные
- а) для липоатрофии
 - б) для синдрома Коккейна
 - в) для синдрома Вернера
 - г) для лепречаунизма
 - д) для гипопитарной карликовости с пангипопитуитаризмом
037. Хроническая почечная недостаточность характерна
- а) для синдрома Реклингхаузена
 - б) для синдрома Альпорта
 - в) для синдрома Вильсона - Коновалова
 - г) для синдрома Дауна
 - д) для синдрома Вильямса
038. Повторный риск при мультифакториальном наследовании при кровно-родственном браке
- а) существенно увеличивается
 - б) немного увеличивается
 - в) не изменяется
 - г) немного снижается
 - д) значительно снижается
039. Коэффициент наследуемости, равный 80%, свидетельствует о том, что
- а) заболевание обусловлено эффектом одного гена
 - б) заболевание обусловлено преимущественно генетическими факторами
 - в) заболевание обусловлено преимущественно средовыми факторами
 - г) заболевание имеет негенетическую природу
040. Поражение сердечно-сосудистой системы является почти постоянным признаком
- а) при синдроме Клайнфелтера
 - б) при ахондроплазии
 - в) при синдроме Марфана
 - г) при синдроме Меккеля
 - д) при всех перечисленных синдромах
041. Для теоретических расчетов повторного риска при мультифакториальном наследовании необходимы исходные данные

- а) частота признака в популяции
 - б) наследуемость
 - в) число больных в семье
 - г) степень родства и пол больных
 - д) все перечисленные данные
042. Для мультифакториальных заболеваний характерно
- а) меньшая выраженность семейного накопления, чем при моногенных заболеваниях
 - б) резкие колебания частоты в разных расах, национальностях и географических зонах
 - в) зависимость семейного накопления от тяжести заболевания, пола, пробанда и числа больных родственников пробанда
 - г) все перечисленное
043. Известно, что беременная женщина является носителем гена гемофилии. Этой женщине могут быть рекомендованы следующие методы пренатальной диагностики
- 1) ультразвуковое исследование
 - 2) определение пола плода
 - 3) исследование крови плода на активность VIII фактора
 - 4) фетоскопия
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
044. Заместительная терапия при сахарном диабете является
- а) симптоматическим лечением
 - б) этиологическим лечением
 - в) патогенетическим лечением
045. В понятие медико-генетический прогноз входят
- 1) определение степени генетического риска
 - 2) оценка медицинских и социальных последствий заболевания
 - 3) возможность применения методов пренатальной диагностики
 - 4) назначение лечения
 - 5) рекомендация методов контрацепции
- а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 1, 2, 3
 - г) верно 2, 3, 5
 - д) верно 3, 4, 5
046. В генетической профилактике мультифакториальных болезней наибольшее значение имеет
- а) ретроспективное консультирование
 - б) проспективное консультирование
 - в) прекоцепционная профилактика
 - г) все перечисленное
047. Медико-генетическая помощь населению осуществляется в следующие периоды
- а) прегааметном
 - б) презиготном
 - в) пренатальном
 - г) постнатальном
 - д) во все перечисленные периоды
048. Практическое использование ДНК-зондов в молекулярно-генетических исследованиях генома человека предусматривает
- а) диагностику хромосомной патологии
 - б) полное описание спектра мутаций при различных наследственных дефектах
 - в) определение пола и характера аномалии у будущего плода в пренатальной диагностике
 - г) все перечисленное
049. Селективным скринингом является
- а) обследование всех новорожденных
 - б) обследование людей, населяющих данный регион

- в) обследование лиц из группы риска по данному заболеванию
- г) обследование всех перечисленных категорий

Раздел 20

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

- 001. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является
 - а) аллергическая реакция немедленного типа
 - б) аллергическая реакция замедленного типа
 - в) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа
 - г) аутоиммунный механизм
- 002. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают
 - а) альвеолярные макрофаги
 - б) лимфоциты
 - в) эозинофилы
 - г) плазматические клетки
- 003. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы не характерно
 - а) бронхоспазм
 - б) отек стенки бронха
 - в) гиперсекреция
 - г) острое вздутие легких
- 004. Реагиновый механизм атопической бронхиальной астмы может быть доказан с помощью всех перечисленных методов, кроме
 - а) кожных аллергических проб
 - б) провокационных аллергических тестов
 - в) реакции преципитации
 - г) реакции Прауснитца - Кюстнера
- 005. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является все перечисленное, кроме
 - а) бронхоспазма
 - б) усиленной вентиляции легких
 - в) гиперсекреции
 - г) отека слизистой оболочки бронхиального дерева
- 006. Показанием к ингаляции интала является
 - а) лечение астматического статуса
 - б) лечение острого приступа бронхиальной астмы
 - в) профилактика приступа бронхиальной астмы
 - г) лечение острых инфекций верхних дыхательных путей
- 007. Адреномиметики, стимулирующие β_2 -адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью
 - а) купирования острого приступа удушья
 - б) длительной профилактики приступов бронхиальной астмы
 - в) лечения астматического состояния
 - г) всего перечисленного
- 008. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны
 - а) для купирования острого приступа удушья
 - б) для профилактики приступов удушья
 - в) для лечения астматического состояния
 - г) для всего перечисленного
- 009. К методам специфической диагностики атопической бронхиальной астмы относятся все перечисленные, кроме
 - а) скарификационных проб
 - б) провокационных тестов
 - в) определения специфических антител
 - г) определения уровня общего IgE
- 010. Дитек может быть использован
 - а) для терапии астматического состояния
 - б) для терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести
 - в) для профилактики приступов бронхиальной астмы
 - г) для терапии хронического бронхита

011. Для атопической бронхиальной астмы характерно
- а) эффект элиминации
 - б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда
 - в) рецидивирующий полипоз носа
 - г) постепенное развитие приступа
012. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится
- а) ацетилхолин
 - б) гистамин
 - в) лейкотриены
 - г) серотонин
013. Из бронхов больных инфекционной бронхиальной астмой часто высеваются все перечисленные возбудители, кроме
- а) стафилококков
 - б) клебсиеллы
 - в) нейссерии
 - г) зеленающего стрептококка
014. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является
- а) домашняя пыль
 - б) споры плесневых грибов
 - в) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе
 - г) гельминты
015. Признаками аллергии немедленного типа при атопической бронхиальной астме являются все перечисленные, кроме
- а) волдырного типа кожной реакции
 - б) эффективности специфической иммунотерапии бактериальными аллергенами
 - в) положительного провокационного теста в течение 1 часа после ингаляции аллергена
 - г) положительной реакции Прауснитца - Кюстнера
016. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит
- а) в связывании свободного гистамина
 - б) в высвобождении гистамина
 - в) в конкурентном действии с гистамином за H_1 -рецепторы
 - г) в торможении образования гистамина
017. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует
- а) IgE
 - б) IgD
 - в) IgM
018. Методами диагностики контактной аллергии в клинической практике являются
- а) скарификационные кожные пробы
 - б) внутрикожные пробы
 - в) реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ)
 - г) аппликационный тест
019. В понятие пищевой аллергии входит
- а) аллергические реакции на пищевые аллергены
 - б) токсическое действие пищевых продуктов
 - в) непереносимость пищевых продуктов
 - г) токсико-аллергическое действие пищевых продуктов
020. К облигатным пищевым аллергенам относят все перечисленные, кроме
- а) яиц
 - б) шоколада
 - в) мяса
 - г) рыбы
021. При аллергии к образующим парааминобензойную кислоту сульфаниламидам нельзя назначать
- а) пенициллин
 - б) аспирин
 - в) новокаин

- г) лидокаин
022. Специфическая диагностика пищевой аллергии основывается на всем перечисленном, кроме
- а) аллергического анамнеза
 - б) элиминационной диеты
 - в) электрогастрографии
 - г) кожных аллергических проб
023. Неспецифическая диагностика пищевой аллергии основывается
- а) на провокационном тесте с пищевым аллергеном
 - б) на эндоскопическом исследовании желудочно-кишечного тракта
 - в) на кожных пробах
 - г) на радиоаллергосорбентном тесте (РАСТ)
024. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся все перечисленные, кроме
- а) острой и хронической крапивницы
 - б) поражения нервной системы
 - в) поражения желудочно-кишечного тракта
 - г) ангионевротического отека Квинке
025. Специфическим гипосенсибилизирующим методом лечения пищевой аллергии является
- а) назначение антигистаминных препаратов
 - б) элиминационные диеты
 - в) назначение гистоглобулина
026. Понятие о сывороточной болезни включает
- а) аллергическую реакцию на медикаменты
 - б) токсическую реакцию на медикаменты
 - в) токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки
 - г) аллергическую реакцию на белок чужеродной сыворотки
027. В механизме развития сывороточной болезни принимает участие
- а) IgG
 - б) IgE
 - в) комплементарная система
 - г) IgG, IgM, IgE, комплементарная система
028. Наиболее частыми проявлениями сывороточной болезни являются все перечисленные, кроме
- а) гастрита
 - б) температурной реакции
 - в) лимфаденопатии
 - г) острой крапивницы
029. К средствам, подавляющим иммунитет (иммуносупрессорам), относятся все перечисленные, кроме
- а) левамизола
 - б) производных хинолинового ряда
 - в) антиметаболитов пуриновых и пиримидиновых оснований нуклеиновых кислот
 - г) глюкокортикоидов
030. К иммуностимуляторам относятся
- а) декарис
 - б) левомицетин
 - в) антагонисты фолиевой кислоты
 - г) алкилирующие соединения
031. Действие этимизола состоит
- а) в стимуляции надпочечников
 - б) в активации адренкортикотропной функции гипофиза
 - в) в стимуляции Т-лимфоцитов-супрессоров
 - г) в подавлении Т-лимфоцитов-супрессоров
032. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией
- а) к аспирину и пиразолоновым производным
 - б) к сульфаниламидным препаратам
 - в) к препаратам фенотиазинового ряда

- г) к лекарствам растительного происхождения
033. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия
- а) к молоку и молочным продуктам
 - б) к мясу птицы
 - в) к рыбе
 - г) к меду
034. Для пылевой бронхиальной астмы характерно
- а) обострение в зимнее время года
 - б) круглогодичное течение процесса
 - в) обострение при уборке квартиры
 - г) обострение в весенне-летнее время года
035. При пылевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена
- а) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются
 - б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года
 - в) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода
 - г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу
036. Наиболее эффективным методом профилактики обострений поллиноза является
- а) иглорефлексотерапия
 - б) назначение антимедиаторных препаратов
 - в) назначение глюкокортикостероидов
 - г) специфическая иммунотерапия
037. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие
- а) неиммунных механизмов
 - б) IgA
 - в) сенсibilизированных лимфоцитов
 - г) IgE
038. В патогенезе хронической аллергической крапивницы и отека Квинке имеют значение
- а) сенсibilизированные лимфоциты
 - б) неиммунные механизмы
 - в) наследственный дефект в системе комплемента
 - г) IgE
039. Патогенез псевдоаллергических форм отека Квинке и крапивницы обусловлен
- а) участием IgE, IgM
 - б) участием сенсibilизированных лимфоцитов
 - в) участием Т-зависимых и В-зависимых аллергических реакций
 - г) нарушениями в системе комплемента
040. Наследственный ангионевротический отек Квинке связан со следующими дефектами системы комплемента
- а) недостаточностью C₄
 - б) недостаточностью C₂
 - в) недостаточностью C₁ ингибитора
041. При рецидиве наследственного ангионевротического отека Квинке в плазме обнаруживаются следующие изменения в системе комплемента
- а) антивирусный C₁
 - б) взаимодействие C₁ с C₄ и C₂
 - в) все вышеперечисленные факторы
 - г) уменьшение C₂, C₄
042. При неспецифическом лечении холинергической крапивницы наиболее эффективны
- а) антигистаминные препараты
 - б) глюкокортикостероидные препараты
 - в) гистоглобулин
 - г) холинолитические препараты

Раздел 21
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ

001. К неспецифическим факторам защиты организма относятся все перечисленное, кроме
- а) системы комплемента и фагоцитоза
 - б) антителогенеза
 - в) интерферона и лимфокинов
 - г) бактерицидных субстанций тканей, гидролитических ферментов
 - д) лизоцима, NK- и К-клеток
002. К феноменам иммунной реактивности относятся
- а) антителогенез
 - б) гиперчувствительность немедленного типа
 - в) гиперчувствительность замедленного типа
 - г) иммунологическая толерантность
 - д) все перечисленные
003. К иммунокомпетентным клеткам относятся
- а) Т-лимфоциты
 - б) В-лимфоциты
 - в) макрофаги
 - г) все перечисленные
004. Гуморальную регуляцию иммунного ответа осуществляют
- а) гуморальные факторы вилочковой железы
 - б) факторы, усиливающие и подавляющие функциональную активность клеток
 - в) гуморальные факторы макрофагов
 - г) гуморальные факторы костного мозга
 - д) все перечисленные факторы
005. В трехклеточной системе кооперации иммунного ответа принимают участие все перечисленные клетки, кроме
- а) Т-лимфоцитов
 - б) В-лимфоцитов
 - в) макрофагов
 - г) недифференцированных клеток и нейтрофилов
006. Главный ген гистосовместимости у человека обозначают
- а) RhLA
 - б) DLA
 - в) HLA
 - г) RLA
 - д) JPLA
007. Основным признаком, характеризующим антигены, является
- а) чужеродность
 - б) антигенность
 - в) иммуногенность
 - г) специфичность
 - д) все перечисленное
008. Первичный иммуногенный ответ в крови после введения антигена развивается через
- а) 1-2 дня
 - б) 3-4 дня
 - в) 5-6 дней
 - г) 7-10 дней
 - д) 10-12 дней
009. Число типов иммуноглобулинов, существующих у человека
- а) 4
 - б) 5
 - в) 6
 - г) 7
010. Феноменом специфического взаимодействия сывороточных антител с антигеном является
- а) агглютинация
 - б) преципитация
 - в) антителозависимый комплементарный лизис
 - г) антителозависимая цитотоксичность

- д) все перечисленное
011. Выявить неполные антитела в организме можно с помощью
- а) прямой реакции Кумбса
 - б) непрямой реакции Кумбса
 - в) реакции связывания комплемента
 - г) реакции иммунофлюоресценции
 - д) всего перечисленного
012. Основной клеткой-мишенью, играющей ведущую роль в развитии гиперчувствительности немедленного типа, является
- а) макрофаг
 - б) лимфоцит
 - в) нейтрофил
 - г) тучная клетка
 - д) эритроцит
013. Медиаторами, играющими роль в развитии гиперчувствительности немедленного типа, являются
- а) гистамин
 - б) медленно реагирующая субстанция анафилаксии
 - в) простагландины, тромбоксан
 - г) фактор агрегации тромбоцитов, эозинофильный хемотаксический фактор
 - д) все перечисленные
014. При развитии анафилаксии поражаются
- а) кожа, слизистые оболочки
 - б) дыхательные пути
 - в) сердечно-сосудистая система
 - г) желудочно-кишечный тракт
 - д) все перечисленное
015. К атопии относятся все перечисленные заболевания, кроме
- а) аллергической астмы
 - б) атопического дерматита
 - в) аутоиммунной гемолитической анемии
 - г) аллергического ринита и конъюнктивита
 - д) аллергической крапивницы
016. Основной клеткой, принимающей участие в развитии гиперчувствительности замедленного типа, являются
- а) базофил
 - б) макрофаг
 - в) В-лимфоцит
 - г) Т-лимфоцит
 - д) моноцит
017. Для диагностики аллергии используют
- а) кожно-аллергические пробы
 - б) количественное определение IgE
 - в) радиоаллергосорбентный тест
 - г) все перечисленное
018. Развитие иммунологического паралича зависит
- а) от характера антигена
 - б) от дозы антигена
 - в) от наличия антител
 - г) от всего перечисленного
 - д) ни от чего из перечисленного
019. Развитие частичной иммунологической толерантности связано
- а) с Т-хелперами
 - б) с Т-супрессорами
 - в) с Т-киллерами
 - г) с В-супрессорами
 - д) с макрофагами
020. К первичному (врожденному) иммунодефициту относится
- а) комбинированный иммунодефицит

- с поражением клеточного и гуморального звеньев иммунитета
 - б) иммунодефицит с преимущественным дефектом Т-системы иммунитета
 - в) иммунодефицит с преимущественным дефектом В-системы иммунитета
 - г) все перечисленное
021. К врожденным дефектам фагоцитарной системы относятся
- а) хроническая гранулематозная болезнь
 - б) синдром Швахмана
 - в) синдром Чедиака - Хигаси
 - г) все перечисленные
022. Проявлением врожденных дефектов системы комплемента являются
- а) наследственный ангионевротический отек
 - б) возвратные пиогенные инфекции
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
023. Врожденным иммунодефицитом с преимущественным поражением Т-системы иммунитета являются все перечисленные заболевания, кроме
- а) синдрома Ди-Джорджа
 - б) дефицита пуриновой нуклеозидфосфорилазы
 - в) а-γ-глобулинемии
024. Врожденным иммунодефицитом с преимущественным поражением В-системы иммунитета является
- а) а-γ-глобулинемия, сцепленная с X-хромосомой
 - б) селективный дефицит того или иного класса иммуноглобулинов
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
025. Для лечения первичных иммунодефицитов применяют
- а) пересадку клеток костного мозга, селезенки, лимфатических узлов от доноров
 - б) пересадку вилочковой железы от донора
 - в) пересадку цельного костного мозга от донора
 - г) пересадку вилочковой железы и грудины от мертворожденного ребенка
 - д) все перечисленное
026. Вторичный иммунодефицит может развиваться при следующих инфекционных заболеваниях
- а) вирусных заболеваниях (кори, гриппе)
 - б) бактериальных инфекциях (лепте, туберкулезе)
 - в) грибковых заболеваниях (кандидамикозах)
 - г) протозойных инфекциях (малярии, токсоплазмозе, лейшманиозе)
 - д) всех перечисленных
027. Иммунодефицит может развиваться при использовании следующих методов лечения
- а) рентгенотерапии
 - б) кортикостероидной терапии
 - в) цитостатической терапии
 - г) введения антилимфоцитарной сыворотки
 - д) всех перечисленных методов
028. При ВИЧ-инфекции иммунодефицит связан с поражением клеток
- а) Т-хелперов
 - б) Т-супрессоров
 - в) В-лимфоцитов
 - г) макрофагов
 - д) NK-клеток
029. В развитии аутоиммунных заболеваний ведущую роль играют
- а) В-лимфоциты
 - б) макрофаги
 - в) Т-супрессоры
 - г) Т-киллеры
 - д) Т-хелперы
030. К болезням иммунных комплексов

- относятся все перечисленные заболевания, кроме
- а) сывороточной болезни
 - б) анафилактического шока
 - в) системной красной волчанки
 - г) эссенциальной криоглобулинемии
031. К методам оценки гуморального иммунитета относится все перечисленное, кроме
- а) определения иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии по Манчини
 - б) реакции розеткообразования с эритроцитами мыши
 - в) реакции бласттрансформации с липополисахаридом
 - г) реакции бласттрансформации с фитогемагглютинином
032. К методам оценки клеточного иммунитета относится все перечисленное, кроме
- а) реакции розеткообразования с эритроцитами барана
 - б) реакции угнетения миграции лейкоцитов и макрофагов
 - в) реакции бласттрансформации с фитогемагглютинином
 - г) реакции розеткообразования с эритроцитами мыши
 - д) контактной аллергии к динитрохлорбензолу
033. Оценка субпопуляций лимфоцитов включает
- а) количественную оценку Т-хелперов и Т-супрессоров
 - б) оценку цитотоксической активности К- и NK-клеток
 - в) функциональную оценку Т-хелперов
 - г) функциональную оценку Т-супрессоров
 - д) все перечисленное
034. К основным побочным действиям иммуносупрессивной терапии относят
- а) угнетение гемопоэза
 - б) тератогенное действие
 - в) снижение сопротивляемости к инфекциям
 - г) канцерогенное действие
 - д) все перечисленное
035. К препаратам, стимулирующим Т-систему иммунитета, относятся все перечисленные, кроме
- а) левамизола
 - б) тималина
 - в) тимозина
 - г) тактивина
 - д) пирогенала
036. К препаратам, стимулирующим В-систему иммунитета, относятся все перечисленные, кроме
- а) пирогенала
 - б) тималина
 - в) декстранов
 - г) продигоизана
037. При дефектах клеточного иммунитета нарушается характер иммунного ответа
- а) на внутриклеточные паразитарные инфекции
 - б) на вирусные инфекции
 - в) на трансформированные клетки собственного организма
 - г) на чужеродные антигены
038. При дефектах гуморального иммунитета нарушается формирование иммунного ответа против
- а) чужеродных растворимых антигенов
 - б) вирусов
 - в) чужеродных клеток

Раздел 22
ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ
И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001. Источником инфекции при СПИДе являются все перечисленные, кроме

- а) больных СПИДом в остром периоде
 - б) инфицированных
 - в) лиц, прибывших из эндемичной зоны
002. Основные пути заражения ВИЧ-инфекцией
- 1) капельный
 - 2) парентеральный
 - 3) контактный
 - 4) половой
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 1, 3
003. Вирус иммунодефицита человека чаще обнаруживается
- 1) в крови
 - 2) в моче
 - 3) в кале
 - 4) в сперме
 - 5) в грудном молоке
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
004. К контингентам риска заражения ВИЧ-инфекцией не принадлежат
- а) гетеросексуалисты
 - б) гомо- и бисексуалисты
 - в) проститутки
 - г) гемофилики и другие реципиенты крови
 - д) наркоманы
005. Основными клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции являются все перечисленные, кроме
- а) длительной лихорадки, потери массы тела
 - б) лимфаденопатии
 - в) жидкого стула
 - г) процессов, вызванных присоединением оппортунистических инфекций
 - д) пигментного гепатоза
006. При ВИЧ-инфекции соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров
- а) не изменяется
 - б) превышает 1.5
 - в) меньше 1.5
007. Основными диагностическими тестами при ВИЧ-инфекции являются все перечисленные, кроме
- а) иммуноферментного
 - б) радиоиммунного
 - в) теста пассивной гемагглютинации
 - г) иммуноблота
008. К основным оппортунистическим инфекциям по отношению к ВИЧ-инфекции принадлежат все перечисленные, кроме
- а) глубоких микозов
 - б) криптоспоридиоза
 - в) цитомегаловирусной инфекции
 - г) токсоплазмоза
 - д) малярии
009. К оппортунистическим инфекциям по отношению к ВИЧ-инфекции, помимо основных, также относятся все перечисленные, кроме
- а) хламидиозов
 - б) герпетической инфекции
 - в) пневмоцистоза
010. К числу неотложных мероприятий на догоспитальном этапе при тяжелом течении менингококковой инфекции относятся
- 1) введение пенициллина

- 2) применение кортикостероидных препаратов
 - 3) применение норадреналина, мезатона
 - 4) введение витаминов
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 4
011. Госпитализация больных генерализованными формами менингококковой инфекции
- а) обязательна
 - б) не обязательна
012. Основными симптомами холеры являются
- 1) лихорадка
 - 2) жидкий водянистый стул
 - 3) признаки интоксикации
 - 4) рвота
 - 5) боли в животе
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 2, 4
 - г) верно 3, 4
 - д) верно 4, 5
013. Ведущим звеном патогенеза при холере является
- 1) интоксикация
 - 2) обезвоживание
 - 3) потеря электролитов
 - 4) потеря белков
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 1, 4
014. Особенности испражнений при холере
- 1) типа рисового отвара
 - 2) в виде жидкости, окрашенной желчью
 - 3) жидкие, калового характера с примесью слизи, крови
 - 4) сохраняют каловый запах
 - 5) не имеют запаха
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2, 5
 - в) верно 2, 3, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 1, 3, 5
015. Неотложную помощь больным с синдромом дегидратации следует начинать
- 1) с применения антибактериальных средств
 - 2) с оральной регидратации
 - 3) с внутривенной регидратации
 - 4) с введения адреналина, мезатона
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 1, 3
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 4
016. Для оральной регидратации применяют
- а) физиологический раствор
 - б) 10% раствор глюкозы
 - в) регидрон, глюколан
017. Для внутривенной регидратации не применяют
- а) реополиглюкин
 - б) трисоль
 - в) дисоль
 - г) квартосоль

018. Основными клиническими симптомами острой дизентерии являются
- а) лихорадка и другие признаки интоксикации
 - б) боли в животе
 - в) частый жидкий стул с примесью слизи, крови
 - г) болезненность в области сигмовидной кишки
 - д) все перечисленные
019. Характерные жалобы больных сыпным тифом
- 1) лихорадка
 - 2) головная боль, раздражительность, бессонница
 - 3) головокружение
 - 4) жидкий стул
 - 5) озноб
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
020. К основным клиническим симптомам сыпного тифа относятся все перечисленные, кроме
- а) гиперемии, одутловатости лица
 - б) инъекции сосудов склер
 - в) тремора языка, бледности
 - г) сыпи
 - д) желтухи
021. Характер сыпи при сыпном тифе
- а) розеолезно-петехиальная
 - б) пятнисто-папулезная
 - в) пузырьковая
022. При сыпном тифе не характерно появление сыпи
- а) на лице
 - б) на ладонях, подошвах
 - в) на боковых поверхностях груди, живота
 - г) на спине
 - д) на сгибательных поверхностях
 - е) на внутренних поверхностях бедер
023. Для дифтерии зева характерно
- а) повышение температуры тела
 - б) другие симптомы интоксикации
 - в) фибриновые трудноснимаемые налеты на миндалинах
 - г) увеличение подчелюстных лимфатических узлов
 - д) отек шейной клетчатки
 - е) все перечисленное
024. При дифтерии после снятия пленки с миндалин
- а) остаются кровотокающие эрозии
 - б) поверхность миндалин не кровоточит
 - в) поверхность миндалин слегка гиперемирована
025. Основными клиническими симптомами иерсиниоза являются все перечисленные, кроме
- а) лихорадки, озноба, головной боли
 - б) болей в мышцах, суставах, гиперемии и отечности ладоней и стоп
 - в) жидкого стула
 - г) сыпи
 - д) полинейропатии
026. Сыпь при иерсиниозе чаще
- 1) скарлатиноподобная
 - 2) кореподобная
 - 3) эритематозная
 - 4) геморрагическая
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4

- г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 4
027. К основным клиническим симптомам инфекционного мононуклеоза относятся
- а) лихорадка, слабость, головная боль
 - б) боль в горле, ангина
 - в) лимфаденопатия, гепатоспленомегалия
 - г) сыпь и желтуха
 - д) все перечисленные
028. Характерными изменениями крови при инфекционном мононуклеозе являются
- а) лейкоцитоз
 - б) лимфоцитоз
 - в) моноцитоз
 - г) атипичные мононуклеары
 - д) все перечисленные
029. Для продромального периода кори характерно все перечисленное, кроме
- а) лихорадки
 - б) кашля
 - в) насморка
 - г) болей в суставах
030. Сыпь при кори
- а) пятнисто-папулезная
 - б) эритематозная
 - в) розеолезно-петехиальная
031. Из перечисленных утверждений, касающихся коревой сыпи, выберите неверное
- а) сыпь появляется одновременно
 - б) сыпь появляется поэтапно
 - в) после угасания сыпи остается пигментация
032. Основными клиническими симптомами кори являются все перечисленные, кроме
- а) сыпи, энантемы на слизистой оболочке мягкого и твердого неба
 - б) катаральных явлений, конъюнктивита
 - в) лимфаденопатии, увеличения печени и селезенки
 - г) лихорадки
 - д) желтухи
033. Для краснухи характерно все перечисленное, кроме
- а) выраженного продромального периода
 - б) сыпи, появляющейся одновременно
 - в) отсутствия пигментации после угасания сыпи
 - г) преимущественного поражения задне-шейных и затылочных лимфатических узлов
 - д) тяжелых нарушений у плода при заболевании беременных
034. Для клинической картины малярии характерно все перечисленное, кроме
- а) озноба, слабости
 - б) лихорадки
 - в) сухости кожных покровов
 - г) увеличения печени и селезенки
 - д) анемии
035. В преджелтушном периоде вирусного гепатита А чаще наблюдаются
- 1) лихорадка
 - 2) недомогание
 - 3) отсутствие аппетита, кашель, насморк
 - 5) боли в суставах
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 5
 - д) верно 1, 3, 5
036. В преджелтушном периоде вирусного гепатита В чаще наблюдаются

- 1) лихорадка
 - 2) недомогание
 - 3) отсутствие аппетита
 - 4) кашель, насморк
 - 5) боли в суставах
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 3, 5
 - д) верно 1, 3, 5
037. С появлением желтухи самочувствие больного улучшается у больных
- а) с вирусным гепатитом А
 - б) с вирусным гепатитом В
 - в) с вирусным гепатитом В с присоединившейся δ -инфекцией
038. Сезонность характерна
- а) для вирусного гепатита А
 - б) для вирусного гепатита В
 - в) для вирусного гепатита С
039. Основными симптомами лептоспироза являются все перечисленные, кроме
- а) лихорадки
 - б) головной боли
 - в) болей в мышцах
 - г) кашля, насморка
 - д) гиперемии лица
040. Для лептоспироза характерно все перечисленное, кроме
- а) острого начала
 - б) сезонности
 - в) озноба
 - г) желтухи
 - д) ангины
041. Характерными данными эпиданамнеза при лептоспирозе являются все перечисленные, кроме
- а) купания в закрытых водоемах
 - б) наличия грызунов в доме, на приусадебном участке
 - в) работы в животноводческих комплексах
 - г) контакта с больным лептоспирозом
042. Признаки общетоксического синдрома при гриппе
- 1) лихорадка
 - 2) артралгия
 - 3) головная боль
 - 4) кашель
 - 5) боль в глазных яблоках
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
043. Для гриппа характерны
- 1) анурия
 - 2) острое начало заболевания
 - 3) преобладание общетоксического синдрома над респираторным
 - 4) геморрагический синдром
 - 5) желтуха
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
044. Для респираторного синдрома при гриппе характерно все перечисленное, кроме
- а) сухого кашля
 - б) "саднения" за грудиной

- в) першения в горле
 - г) заложенности носа
 - д) насморка
045. При осмотре больного гриппом выявляется
- 1) гиперемия лица
 - 2) инъекция сосудов склер, конъюнктивы
 - 3) сыпь
 - 4) гиперемия и зернистость слизистой оболочки зева
 - 5) симптомы раздражения брюшины
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 4
 - д) верно 1, 4, 5
046. Специфическими средствами лечения гриппа являются все перечисленные, кроме
- а) антибиотиков
 - б) интерферона
 - в) ремантадина
 - г) антигистаминных средств
047. Антибиотики при гриппе назначают
- 1) в любом случае
 - 2) при легком и средней тяжести течении болезни
 - 3) при тяжелом течении
 - 4) при возникновении осложнений
 - 5) больным из группы повышенного риска
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
048. Средствами симптоматической терапии гриппа могут быть
- 1) кортикостероиды
 - 2) жаропонижающие и противовоспалительные
 - 3) антибиотики
 - 4) антигистаминные препараты
 - 5) витамины
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
049. Для брюшного тифа характерно все перечисленное, кроме
- а) постепенного начала заболевания
 - б) острого начала заболевания
 - в) лихорадки
 - г) слабости
 - д) желтухи
050. Основными симптомами брюшного тифа являются все перечисленные, кроме
- а) адинамии
 - б) относительной брадикардии
 - в) увеличения печени и селезенки
 - г) розеолезной сыпи
 - д) полинейропатии
051. Период разгара заболевания при брюшном тифе наступает
- а) на 1-4-й день
 - б) на 5-6-й день
 - в) на 7-9-й день и позже
052. Сыпь при брюшном тифе появляется
- а) на 1-5-й день
 - б) на 6-12-й день

- в) на 13-20-й день
053. Основными жалобами больных ботулизмом являются все перечисленные, кроме
- а) сильной боли в животе
 - б) нарушения зрения
 - в) нарушения глотания
 - г) затрудненного дыхания
 - д) слабости
054. Источниками инфекции при ботулизме являются все перечисленные, кроме
- а) грибов домашнего консервирования
 - б) овощей домашнего консервирования
 - в) фруктов, молока, молочных продуктов
 - г) соленой и копченой рыбы домашнего приготовления
 - д) домашней ветчины, сала, колбасы
055. При осмотре больных ботулизмом отмечается все перечисленное, кроме
- а) птоза
 - б) невозможности открыть рот при глотании твердой пищи, боли при жевании
 - в) широких зрачков
 - г) ограничения движения глазных яблок
 - д) поперхивания, затрудненного глотания
056. Для ботулизма характерны
- 1) лихорадка
 - 2) профузный понос
 - 3) многократная рвота
 - 4) вытекание жидкости через нос при нарушении глотания
 - 5) нормальная температура тела
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
057. Основными клиническими симптомами столбняка являются все перечисленные, кроме
- а) тризма
 - б) тонического напряжения мышц лица, затылка, спины, живота и конечностей, межреберных мышц
 - в) повышения температуры тела
 - г) судорог
 - д) тошноты, рвоты
058. Для больных столбняком характерно
- а) спутанное сознание
 - б) ясное сознание
 - в) полная потеря сознания
059. К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме
- а) назофарингита
 - б) менингококкцемии
 - в) менингита
060. Для менингококковой инфекции характерно все перечисленное, кроме
- а) острого начала
 - б) постепенного начала
 - в) сильной головной боли
 - г) частых потерь сознания
061. Основными клиническими симптомами менингококкцемии являются все перечисленные, кроме
- а) лихорадки, головной боли
 - б) тахикардии
 - в) снижения артериального давления
 - г) желтухи
 - д) геморрагической сыпи

062. Основными клиническими проявлениями менингита являются все перечисленные, кроме
а) лихорадки
б) головной боли
в) рвоты
г) менингеальных симптомов, нарушения сознания
д) кашля, болей в животе
063. Признаками токсикоинфекционного шока при менингококковой инфекции являются все перечисленные, кроме
а) снижения температуры тела до нормы и ниже
б) снижения артериального давления, тахикардии
в) потери сознания
г) геморрагического синдрома, анурии
д) судорог

Раздел 23

ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001. К группе нематодозов относятся все перечисленные гельминтозы, кроме
а) аскаридоза
б) трихоцефалеза
в) энтеробиоза
г) тениаринхоза
д) стронгилоидоза
002. К группе цестодозов относятся все перечисленные гельминтозы, кроме
а) тениоза
б) гименолепидоза
в) трихинеллеза
г) дифиллоботриоза
д) тениаринхоза
003. К группе трематодозов относятся все перечисленные гельминтозы, кроме
а) описторхоза
б) фасциолеза
в) эхинококкоза
г) парагонимоза
д) шистосоматозов
004. Непосредственно от человека к человеку передается
а) аскаридоз
б) энтеробиоз
в) трихоцефалез
г) эхинококкоз
д) описторхоз
005. Железодефицитная анемия возникает
а) при тениозе
б) при дифиллоботриозе
в) при аскаридозе
г) при анкилостомидозах
д) при энтеробиозе
006. В₁₂-дефицитная анемия может развиваться
а) при тениаринхозе
б) при дифиллоботриозе
в) при анкилостомидозах
г) при аскаридозе
д) при энтеробиозе
007. Для острой стадии гельминтозов характерны все перечисленные явления, кроме
а) лихорадки
б) миалгии
в) эозинофилии
г) лейкопении
д) легочного синдрома

008. Метод копроовоскопии применяется для диагностики всех перечисленных гельминтозов, кроме
- а) аскаридоза
 - б) трихоцефалеза
 - в) трихинеллеза
 - г) анкилостомидозов
 - д) описторхоза
009. Метод перианального соскоба применяется для диагностики
- а) аскаридоза
 - б) трихоцефалеза
 - в) энтеробиоза
 - г) дифиллоботриоза
 - д) описторхоза
010. Исследование мокроты на наличие яиц возбудителя рекомендуется при диагностике
- а) аскаридоза
 - б) стронгилоидоза
 - в) парагонимоза
 - г) описторхоза
 - д) анкилостомидозов
011. При колоноскопии можно увидеть возбудителя
- а) аскаридоза
 - б) трихоцефалеза
 - в) стронгилоидоза
 - г) фасциолеза
 - д) тениаринхоза
012. Пациент жалуется на активное отхождение из ануса члеников ленточного гельминта. У больного вероятнее всего имеется
- а) гименолепидоз
 - б) трихоцефалез
 - в) дифиллоботриоз
 - г) тениоз
 - д) тениаринхоз
013. Эозинофилия периферической крови наблюдается
- а) при токсокарозе
 - б) при фасциолезе
 - в) при стронгилоидозе
 - г) при трихинеллезе
 - д) при всех перечисленных гельминтозах
014. Периаанальный зуд является важным признаком
- а) аскаридоза
 - б) энтеробиоза
 - в) стронгилоидоза
 - г) трихоцефалеза
 - д) дифиллоботриоза
015. Гематурия может наблюдаться
- а) при энтеробиозе
 - б) при кишечном шистозоматозе
 - в) при мочеполовом шистозоматозе
 - г) при гименолепидозе
 - д) при тениаринхозе
016. Серологические реакции целесообразно применять для диагностики
- а) аскаридоза
 - б) трихоцефалеза
 - в) трихинеллеза
 - г) гименолепидоза
 - д) тениаринхоза
017. Гельминтозом, при котором назначение стероидной терапии может вызвать более интенсивную инвазию, является
- а) аскаридоз
 - б) стронгилоидоз

- в) энтеробиоз
 - г) трихоцефалез
 - д) некатороз
018. Причиной кишечной непроходимости может быть
- а) аскаридоз
 - б) трихоцефалез
 - в) стронгилоидоз
 - г) анкилостомидозы
 - д) энтеробиоз
019. При употреблении пациентом в пищу сырой или слабосоленой рыбы следует заподозрить
- а) шистозоматоз кишечный
 - б) фасциолез
 - в) тениаринхоз
 - г) описторхоз
 - д) эхинококкоз
020. Ведущим методом лабораторной диагностики токсокароза является
- а) копроовоскопический
 - б) биохимический
 - в) кожно-аллергический
 - г) серологический
 - д) все перечисленные методы в совокупности
021. Среди утверждений об аскаридозе укажите неверное
- а) взрослые особи живут в тонком кишечнике
 - б) заражение происходит при проглатывании яиц, личинки мигрируют через легкие, достигают полости рта, вновь заглатываются и созревают в тонком кишечнике
 - в) массивное заражение может привести к механической непроходимости
 - г) эозинофилия умеренная, но постоянная
 - д) возможно лечение левамизолом (декарисом)
022. Наилучшим препаратом для лечения кишечного аскаридоза является
- а) пиперазин в таблетках
 - б) пиперазин в сиропе
 - в) нафтамон
 - г) декарис
 - д) вермокс
023. Среди утверждений о трихоцефалезе укажите неверное
- а) заражение происходит при проглатывании яиц
 - б) личинки совершают лимфогенную миграцию
 - в) взрослые особи живут преимущественно в слепой кишке
 - г) при интенсивной инвазии развиваются рецидивирующие поносы, тенезмы, боли в животе
 - д) возможно лечение вермоксом
024. Среди утверждений об анкилостомидозах укажите неверное
- а) человек является естественным хозяином возбудителя
 - б) возбудитель локализуется в двенадцатиперстной и тощей кишках
 - в) диагноз ставится на основании обнаружения яиц в фекалиях
 - г) железодефицитная анемия является характерным признаком болезни
 - д) инвазия поддерживается постоянной реинвазией, взрослые особи живут у человека 2-3 месяца
025. Среди утверждений об энтеробиозе укажите неверное
- а) эозинофилия наблюдается только в период миграции личинок паразита через легкие
 - б) обычно взрослые паразиты обитают в просвете слепой кишки
 - в) острица может быть причиной развития аппендицита
 - г) яйца паразита, находящиеся на перианальных складках, инвазионны
 - д) у нечистоплотных людей нередки аутоинвазии
026. Все перечисленные методы диагностики трихинеллеза верны, кроме
- а) копроовоскопического
 - б) кожно-аллергических
 - в) трихинеллоскопии оставшегося мяса
 - г) серологических
 - д) исследования биоптата мышц

027. Для больных гименолепидозом характерны все перечисленные жалобы, кроме
- а) снижения аппетита
 - б) болей в животе
 - в) тошноты, рвоты, слюнотечения
 - г) неустойчивого стула
 - д) тенезмов
028. Препаратом для лечения больного, в фекалиях которого найдены яйца карликового цепня, является
- а) пиперазин
 - б) нафтамон
 - в) фенасал
 - г) хлосил
 - д) дитразин
029. Назначение клизмы необходимо при лечении
- а) пиперазином
 - б) вермоксом
 - в) комбантрином
 - г) фенасалом
 - д) ни одним из препаратов
030. Возбудитель описторхоза локализуется в организме человека
- а) только в желчном пузыре
 - б) в желудочно-кишечном тракте
 - в) только в поджелудочной железе
 - г) в желчевыводительной системе и поджелудочной железе
031. Для лечения описторхоза применяют
- а) пиперазин
 - б) нафтамон
 - в) фенасал
 - г) дитразин
 - д) хлосил
032. Среди утверждений о ранней стадии фасциолеза укажите неверное
- а) лихорадка сопровождается болями в мышцах, суставах
 - б) увеличивается печень, иногда селезенка
 - в) беспокоят боли в животе, диспепсические явления
 - г) в сыворотке крови повышается содержание α_2 - и γ -глобулинов
 - д) эозинофилия умеренная, встречается непостоянно
033. Поражения глаз в виде кератита патогномонично
- а) для шистозоматоза
 - б) для анкилостомоза
 - в) для токсокароза
 - г) для онхоцеркоза
034. В фекалиях невозможно обнаружить возбудителя
- а) эхинококкоза
 - б) токсокароза
 - в) трихинеллеза
 - г) альвеококкоза
 - д) всех перечисленных
035. Если в эпиданамнезе больного есть указание на употребление недостаточно термически обработанной свинины, следует заподозрить
- а) тениаринхоз
 - б) описторхоз
 - в) фасциолез
 - г) парагонимоз
 - д) тениоз
036. Развитие эозинофильно-лейкемоидной реакции крови возможно
- а) при токсокарозе
 - б) при энтеробиозе
 - в) при тениаринхозе

- г) при трихоцефалезе
 - д) при гименолепидозе
037. Гепатоспленомегалия наблюдается
- а) при энтеробиозе
 - б) при фасциолезе
 - в) при гименолепидозе
 - г) при трихоцефалезе
 - д) при аскаридозе
038. Для специфической терапии энтеробиоза наилучшим препаратом является
- а) нафтамон
 - б) фенасал
 - в) декарис
 - г) медамин
 - д) хлорсил
039. Географический анамнез особенно важен
- а) при энтеробиозе
 - б) при трихоцефалезе
 - в) при аскаридозе
 - г) при тениаринхозе
 - д) при парагонимозе
040. Важное диагностическое значение эпидемиологический анамнез имеет
- а) при токсокарозе
 - б) при эхинококкозе
 - в) при дифиллоботриозе
 - г) при трихинеллезе
 - д) при всех перечисленных гельминтозах

Раздел 24

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001. К химическим веществам, вызывающим поражение органов дыхания, относятся
- 1) аммиак
 - 2) двуокись азота
 - 3) сероуглерод
 - 4) толуол
 - 5) хлор
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 5
 - д) верно 1, 3, 5
002. При остром отравлении хлором поражаются
- а) система крови
 - б) кости и суставы
 - в) органы дыхания
 - г) органы мочевого выделения
003. Отек легких могут вызывать
- 1) бензол
 - 2) мышьяк
 - 3) окислы азота
 - 4) свинец
 - 5) фосген
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 3, 5
004. Гепатотоксическое действие оказывает вдыхание
- 1) дихлорэтана
 - 2) метилового спирта
 - 3) никеля
 - 4) четыреххлористого углерода
 - а) верно 1, 2

- б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 1, 3
005. Токсическую нейропатию могут вызвать
- 1) азотная кислота
 - 2) кадмий
 - 3) марганец
 - 4) β-нафтол
 - 5) четыреххлористый углерод
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 4, 5
006. Поражение крови вызывают
- 1) анилин
 - 2) бензол
 - 3) дихлорэтан
 - 4) никель
 - 5) ртуть
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
007. При остром отравлении оксидом углерода кожа становится
- а) бледной
 - б) синюшной
 - в) розовой
 - г) желтушной
008. Наиболее характерными клиническими признаками острого отравления оксидом углерода являются все перечисленные, кроме
- а) потери сознания
 - б) болей в животе
 - в) пульсирующей головной боли
 - г) судорог
 - д) головокружения
009. При остром отравлении оксидом углерода наиболее эффективны
- 1) глюкоза
 - 2) гипербарическая оксигенация
 - 3) цитохром С
 - 4) витамины группы В
 - 5) диуретики
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
010. При отравлении свинцом больше всего поражаются
- 1) система крови
 - 2) органы дыхания
 - 3) нервная система
 - 4) органы мочевыделения
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 1, 3
011. К изменениям крови, характерным для отравления свинцом, относятся
- 1) лейкопения
 - 2) ретикулоцитоз
 - 3) снижение уровня гемоглобина

- 4) эозинофилия
 - 5) повышение количества базофильно зернистых лейкоцитов
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 3, 5
012. Характерными клиническими симптомами свинцовой колики являются все перечисленные, кроме
- а) болей в животе схваткообразного характера
 - б) выделения мочи красного цвета
 - в) артериальной гипертензии
 - г) запоров
 - д) симптомов раздражения брюшины
013. Наиболее эффективным лекарственным средством при свинцовой колике является
- а) глюкоза
 - б) витамины группы В
 - в) комплексоны
 - г) сернокислая магнезия
 - д) папаверин
014. Веществами, которые могут вызвать гемолитическую анемию, являются
- 1) бензол
 - 2) марганец
 - 3) мышьяковистый водород
 - 4) нитробензол
 - 5) окись углерода
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
015. Заболевания, при которых может наблюдаться лейкопения
- 1) острый лейкоз
 - 2) свинцовая интоксикация
 - 3) отравление бензолом
 - 4) постгеморрагическая анемия
 - 5) острое отравление окисью углерода
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 1, 3, 4
016. Органы, наиболее чувствительные к действию промышленных растворителей бензольного ряда
- 1) система крови
 - 2) органы мочевыделения
 - 3) органы дыхания
 - 4) нервная система
 - 5) желудочно-кишечный тракт
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 4
017. Наиболее характерными изменениями крови при отравлении промышленными растворителями бензольного ряда являются все перечисленные, кроме
- а) анемии
 - б) лейкопении
 - в) эозинопении
 - г) тромбоцитопении
 - д) относительного лимфоцитоза

018. При выполнении сварочных работ может возникнуть
- а) острый ринит
 - б) острый гемолиз
 - в) острый живот
 - г) литейная лихорадка
 - д) обморок
019. К действию локальной (местной) вибрации наиболее чувствительны
- а) органы дыхания
 - б) система крови
 - в) нервная система
 - г) органы мочевого выделения
 - д) все перечисленные
020. При воздействии локальной вибрации наблюдаются
- 1) полиневропатия
 - 2) энцефалопатия
 - 3) ангиодистония
 - 4) экстрапирамидная симптоматика
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 1, 3
021. Хроническая лучевая болезнь может развиваться при получении в течение нескольких лет суммарной дозы
- а) 0.25 Гр (25 рад)
 - б) 0.50 Гр (50 рад)
 - в) 1.00 Гр (100 рад)
022. Для хронической лучевой болезни наиболее характерны
- 1) лейкопения
 - 2) нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу
 - 3) гемолитическая анемия
 - 4) миокардиодистрофия
 - 5) тромбоцитопения
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
023. Характерными признаками кессонной (декомпрессионной) болезни являются
- 1) дизурические явления
 - 2) боли в мышцах и костях
 - 3) боли в животе
 - 4) вестибулярные нарушения
 - 5) кожный зуд
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
024. При длительном воздействии на организм высоких температур может появиться
- 1) вегето-сосудистая дистония
 - 2) кашель
 - 3) астеновегетативный синдром
 - 4) диспепсические расстройства
 - 5) полиартралгии
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4
 - д) верно 2, 3, 5
025. К профессиональным заболеваниям могут быть отнесены

- 1) артроз
 - 2) артрит
 - 3) бурсит
 - 4) остеохондроз
 - 5) эпикондилит
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 3, 5
026. Для профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата характерно все перечисленное, кроме
- а) острого начала
 - б) постепенного начала
 - в) рецидивирующего течения
 - г) появления симптоматики после длительной работы
 - д) преимущественного поражения нагруженной руки
027. Из перечисленных заболеваний к профессиональным могут быть отнесены
- 1) бронхиальная астма
 - 2) бруцеллез
 - 3) ревматизм
 - 4) туберкулез
 - 5) язвенная болезнь желудка
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 2, 4
 - д) верно 2, 3, 5
028. Воздействием профессиональных вредностей могут быть вызваны все перечисленные болезни, кроме
- а) дерматита
 - б) витилиго
 - в) токсидермии
 - г) псориаза
 - д) экземы
029. К производственным аллергенам могут быть отнесены
- 1) азотная кислота
 - 2) аммиак
 - 3) сероуглерод
 - 4) формальдегид
 - 5) хром
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
030. К профессиональным канцерогенам относятся
- 1) асбест
 - 2) бензин
 - 3) никель
 - 4) свинец
 - 5) хром
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 1, 3, 5
031. Основными локализациями профессионального рака являются
- 1) молочная железа
 - 2) кожа
 - 3) почки
 - 4) легкие
 - 5) мочевого пузыря
 - а) верно 1, 2, 3

- б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 4, 5
 - д) верно 1, 3, 5
032. Пневмокониоз может развиваться при всех перечисленных производственных процессах, кроме
- а) бурения
 - б) дробления
 - в) шлифовки изделий
 - г) электромонтажных работ
 - д) обрубки литья
033. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей асбест, тальк, цемент, относятся к группе
- а) силикозов
 - б) силикатозов
 - в) карбокониозов
 - г) металлокониозов
034. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей алюминий, бериллий, железо, относятся к группе
- а) силикозов
 - б) силикатозов
 - в) карбокониозов
 - г) металлокониозов
035. Пневмокониозы от вдыхания пыли, содержащей графит, сажу, уголь, относятся к группе
- а) силикозов
 - б) силикатозов
 - в) карбокониозов
 - г) металлокониозов
036. К основным профессиям, при которых может встретиться силикоз, относятся все перечисленные, кроме
- а) бурильщиков
 - б) газосварщиков
 - в) пескоструйщиков
 - г) проходчиков
 - д) обрубщиков
037. Морфологическая картина легочной ткани, не характерная для пневмокониозов
- а) интерстициальный тип фиброза
 - б) инфильтраты
 - в) узелковый тип фиброза
 - г) узловой тип фиброза
038. Выраженный прогрессирующий фиброз легких наблюдается при всех перечисленных пневмокониозах, кроме
- а) асбестоза
 - б) бериллиоза
 - в) биссиноза
 - г) силикоза
039. Наиболее характерные жалобы для силикоза
- а) боли в грудной клетке
 - б) кашель
 - в) одышка
 - г) все перечисленные
040. К наиболее частым осложнениям силикоза относятся все перечисленные, кроме
- а) туберкулеза легких
 - б) пневмоторакса
 - в) хронического бронхита
 - г) гидроторакса
041. Течение силикоза не может быть

- а) быстро прогрессирующим
 - б) медленно прогрессирующим
 - в) регрессирующим
042. При пневмокониозах преобладает
- а) обструктивный тип легочной недостаточности
 - б) рестриктивный тип легочной недостаточности
 - в) нарушение диффузии
043. При неосложненных пневмокониозах применяют все перечисленное, кроме
- а) адаптогенов
 - б) антибиотиков
 - в) витаминотерапии
 - г) дыхательной гимнастики
 - д) физиотерапии
044. Пневмокониозы часто осложняются всеми перечисленными формами туберкулеза, кроме
- а) внелегочного
 - б) диссеминированного
 - в) инфильтративного
 - г) очагового
045. Основным отличием силикоза от силикатозов и металлокониозов является
- а) более доброкачественное течение
 - б) более злокачественное течение
046. У электросварщиков встречаются все перечисленные профессиональные заболевания, кроме
- а) пневмокониозов
 - б) пневмоний
 - в) хронических бронхитов
 - г) отравления марганцем
047. К профессиональным заболеваниям органов дыхания, которые могут развиваться при контакте с органической пылью, относятся все перечисленные, кроме
- а) бронхиальной астмы
 - б) хронического бронхита
 - в) экзогенного аллергического альвеолита
 - г) пневмосклероза
048. Пневмокониозы обычно дифференцируют со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) абсцесса легкого
 - б) саркоидоза
 - в) туберкулеза
 - г) фиброзирующих альвеолитов
049. Наиболее характерными симптомами пылевых бронхитов являются
- 1) острое начало
 - 2) кашель со скудной мокротой
 - 3) постепенное начало
 - 4) кашель со значительным количеством мокроты
 - 5) субфебрилитет
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5

Раздел 25

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ

001. Признаками продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются
- а) рвота "кофейной гущей" или кровавая рвота
 - б) ухудшение состояния больного
 - в) ухудшение гемодинамики

- г) снижение содержания гемоглобина
 - д) все перечисленные
002. Очистительная клизма при эзофагогастродуоденальном кровотечении, освобождая кишечник от крови, способствует
- а) предотвращению пареза кишечника
 - б) уменьшению возможностей натуживания во время дефекации
 - в) уменьшению всасывания продуктов распада крови
 - г) остановке кровотечения
003. Основными клиническими симптомами острого панкреатита являются все перечисленные, кроме
- а) болей в верхней половине живота, преимущественно слева
 - б) опоясывающего характера болей
 - в) усиления болей в положении на животе
 - г) иррадиации болей в левую половину грудной клетки
004. При симптомокомплексе "острого живота" исчезновение печеночной тупости свидетельствует
- а) об остром панкреатите
 - б) о функциональной кишечной непроходимости
 - в) о перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
 - г) о механической кишечной непроходимости
 - д) о правостороннем пневмотораксе
005. Показаниями для срочной госпитализации в хирургическое отделение больных с панкреатитом являются все перечисленные, кроме
- а) нарастания интоксикации
 - б) осложнения гнойным перитонитом
 - в) безуспешности консервативной терапии в течение 12-24-48 часов
 - г) сочетания с деструктивной формой холецистита
 - д) резкого вздутия живота
006. Острый холецистит отличается от печеночной колики
- а) присоединением к болевому синдрому лихорадки
 - б) выраженным лейкоцитозом
 - в) мышечным напряжением в правом подреберье
 - г) нерезко выраженной желтухой
 - д) всем перечисленным
007. Для острого аппендицита характерно все перечисленное, кроме
- а) доскообразного живота
 - б) болезненности в точке Ланца
 - в) болезненности в точке Кюмеля
 - г) болезненности в точке Мак-Бернея
 - д) напряжения мышц и локальной болезненности в правой подвздошной области
008. Ранними признаками ущемления наружной грыжи живота являются все перечисленные, кроме
- а) внезапной неврагивости грыжи
 - б) болезненности и напряженности грыжевого выпячивания
 - в) резкой боли
 - г) высокой температуры
009. Симптомы, характерные для острой кишечной непроходимости
- 1) симптом Валя
 - 2) симптом Ровзинга
 - 3) симптом "плеска"
 - 4) симптом Мерфи
 - 5) симптом "Обуховской больницы"
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 5
 - д) верно 2, 3, 5
010. Для раннего периода низкой толстокишечной непроходимости характерны
- 1) частые изнуряющие рвоты
 - 2) нормальный стул
 - 3) выраженный метеоризм

- 4) положительный симптом "Обуховской больницы"
 - 5) положительный симптом Ровзинга
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 3, 4
 - в) верно 1, 3
 - г) верно 1, 4
 - д) верно 2, 3
011. Для тромбоза мезентериальных сосудов характерно все перечисленное, кроме
- а) схваткообразной боли, наиболее интенсивной в правой половине живота и вокруг пупка
 - б) отсутствия светлых (безболевого) промежутков
 - в) резкой общей слабости, гипотензии, тахикардии
 - г) рвоты в начале заболевания
 - д) жидкого стула с примесью крови, появившегося через несколько часов или к концу первых суток после начальных симптомов
012. Трубный аборт в отличие от неполного маточного
- 1) наступает чаще на 3-5 неделе беременности
 - 2) наступает чаще на 6-10 неделе беременности
 - 3) характеризуется положительным феникус-симптомом
 - 4) сопровождается напряжением мышц передней стенки живота
 - 5) сопровождается обильным кровотечением
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 3, 4
 - д) верно 1, 2, 5
013. Причиной возникновения злокачественной опухоли может быть
- а) часто повторяющаяся небольшая травма
 - б) воздействие производных каменноугольного дегтя и нефти
 - в) длительное воздействие анилиновых красителей
 - г) длительное действие небольших доз радиоактивного излучения
 - д) все перечисленное
014. Наиболее вероятной теорией возникновения рака является
- а) вирусно-генетическая
 - б) химического канцерогенеза
 - в) радиационного канцерогенеза
 - г) эктопии эмбриональных зачатков
 - д) все перечисленное
015. Повышенный риск развития рака молочной железы имеется при наличии всех перечисленных факторов, кроме
- а) рака молочной железы в семейном анамнезе
 - б) рака желудка у мужа
 - в) позднего начала менструаций
 - г) отсутствия родов
 - д) кистозно-фиброзной мастопатии более 5 лет
016. К облигатному предраку прямой кишки относится
- а) хронический колит
 - б) болезнь Крона
 - в) семейный диффузный полипоз
 - г) неспецифический язвенный колит
 - д) все перечисленное
017. К облигатному предраку матки относится
- а) аденоматоз эндометрия
 - б) гиперплазия эндометрия
 - в) полипоз эндометрия
 - г) все перечисленное
018. Из перечисленных заболеваний кожи к облигатному предраку могут быть отнесены
- 1) рубцовые изменения кожи после термических ожогов
 - 2) лейкоплакия
 - 3) пигментация ксеродермы

- 4) кератоакантома
 - 5) болезнь Боуэна
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 3, 5
019. Из перечисленных опухолевых заболеваний высокочувствительны к химиотерапии
- 1) рак желудка
 - 2) лимфогранулематоз
 - 3) рак почки
 - 4) рак молочной железы
 - 5) рак толстой кишки
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 2, 4
020. К опухолям, поддающимся гормональной терапии, относятся
- 1) синовиальная саркома
 - 2) рак молочной железы
 - 3) рак предстательной железы
 - 4) хондросаркома
 - 5) меланома
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
021. Наиболее информативным методом в диагностике рака желудка является
- а) стандартное рентгеноконтрастное исследование желудка
 - б) рентгенологическое исследование желудка методом двойного контрастирования
 - в) эзофагогастродуоденоскопия
022. Для истерического приступа, имитирующего бронхиальную астму, характерно все перечисленное, кроме
- а) инспираторного характера одышки
 - б) вынужденной позы
 - в) возбуждения, метания в поисках "свежего воздуха"
 - г) демонстративного поведения больного
 - д) навязчивого страха духоты
023. К психосоматическим заболеваниям относятся
- а) гипертоническая болезнь
 - б) бронхиальная астма
 - в) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
 - г) все перечисленные
 - д) ни одно из перечисленных
024. Соматизированные психические расстройства, имитирующие поражения сосудов головного мозга, проявляются во всем перечисленном, кроме
- а) чувства напряжения в висках и сдавления в затылке
 - б) жалоб на ощущение распирания или сжатия в голове
 - в) ипохондрического страха, в том числе и инсульта
 - г) наплывов головокружений в покое и в положении лежа
 - д) нарушения мыслительных процессов
025. Соматизированные психические состояния с функциональными расстройствами системы пищеварения характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) жалоб на колющие или тупые, ноющие болевые ощущения
 - б) ослабления или усиления перистальтики желудка и кишечника
 - в) рефлюкса пищи из желудка в пищевод
 - г) вынужденной позы с поджатыми к животу коленями

- д) беспокойства, суетливости
026. Соматизированные психические расстройства отличаются от истинных соматических заболеваний
- а) подавленным и тревожным настроением, на которое больные сами не жалуются
 - б) необычным телесным самоощущением
 - в) обстоятельностью и скрупулезностью изложения жалоб
 - г) особенностями в изложении анамнеза (вместо конкретных фактов и жалоб больные излагают причины и патомеханизм своего заболевания)
 - д) всем перечисленным
027. Ярко выраженная интоксикация от алкоголя имеет место при следующем содержании его в крови
- а) 10 мг на 100 мл
 - б) 50 мг на 100 мл
 - в) 75 мг на 100 мл
 - г) 100 мг на 100 мл
 - д) более 150 мг на 100 мл
028. Прямыми проявлениями алкоголизма являются все перечисленные, кроме
- а) цирроза печени
 - б) конфабуляций
 - в) расстройств памяти
 - г) появления симптомов абстиненции
 - д) тремора
029. Бред при алкогольном делирии носит характер
- а) нигилистического
 - б) нелепого и лишнего аффекта
 - в) преследования
 - г) величия
030. Для алкогольного делирия не характерно
- а) ЭЭГ в пределах нормы
 - б) более частые, по сравнению со зрительными, слуховые галлюцинации
 - в) затруднения в ориентации
 - г) усиление симптомов в вечернее время и ослабление к утру
031. Действие марихуаны проявляется
- а) эйфорией
 - б) повышенной моторной активностью
 - в) отсутствием абстиненции
 - г) всем перечисленным
032. Нарколепсия часто сопровождается
- а) импотенцией
 - б) ожирением
 - в) лимфоцитозом
 - г) всем перечисленным
033. При лечении барбитурового абстинентного синдрома необходимо
- а) резкое лишение больного барбитуратов
 - б) заместительная терапия длительноживущими барбитуратами
 - в) использование барбитуратов короткого действия с постепенным снижением доз
 - г) применение торария для устранения симптомов абстиненции
034. Наиболее тяжелые симптомы абстиненции при морфинизме возникают после последнего приема препарата через
- а) 2-4 часа
 - б) 10-20 часов
 - в) 24-72 часа
 - г) 5-8 дней
 - д) 14 дней
035. Токсическое действие морфия проявляется всем перечисленным, кроме
- а) гиперемии лица
 - б) головокружения, тошноты
 - в) периодического апноэ
 - г) тахикардии

- д) "снов наяву"
036. Отравление кокаином характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) эйфории
 - б) повышения двигательной активности
 - в) миоза
 - г) бледности
037. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
- а) атрофии мышц
 - б) повышения сухожильных рефлексов
 - в) нарушения функции тазовых органов
 - г) нарушения электровозбудимости нервов и мышц
038. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла
- а) вестибулярного
 - б) крылонебного
 - в) коленчатого
 - г) гассерова
039. Больной с моторной афазией
- а) понимает обращенную речь, но не может говорить
 - б) не понимает обращенную речь и не может говорить
 - в) может говорить, но не понимает обращенную речь
 - г) может говорить, но речь скандированная
040. Причиной лекарственной полинейропатии могут быть
- а) цитостатики
 - б) гипотензивные средства
 - в) противотуберкулезные средства
 - г) верно а) и в)
 - д) верно а) и б)
041. В остром периоде нейропатии нецелесообразно применять
- а) электрофорез новокаина
 - б) электростимуляцию
 - в) микроволновую терапию
 - г) диадинамические токи
 - д) все перечисленное
042. Наиболее эффективным средством патогенетической терапии невралгии тройничного нерва являются
- а) анальгетики
 - б) спазмолитики
 - в) противосудорожные средства
 - г) все перечисленные средства
043. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется
- а) массаж
 - б) вытяжение позвоночника
 - в) иглорефлексотерапия
 - г) аппликации парафина
 - д) грязелечение
044. Развитие синдрома Уотерхауса - Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения
- а) стафилококкового менингита
 - б) пневмококкового менингита
 - в) менингита, вызванного вирусом Коксаки
 - г) менингококкового менингита
 - д) лимфоцитарного хориоменингита
045. Наиболее эффективным антибиотиком при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является
- а) бензилпенициллин
 - б) клиндамицин
 - в) эритромицин

- г) гентамицин
046. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять
- а) цефалексин (цеполекс)
 - б) клиндамицин (далацин)
 - в) эритромицин
 - г) цефотаксим (клафоран)
047. Подозрение на абсцесс головного мозга возникает
- а) при нарастающей внутричерепной гипертензии
 - б) при очаговой неврологической симптоматике
 - в) при общемозговых симптомах
 - г) верно а) и б)
 - д) при всем перечисленном
048. Высокий риск летального исхода полирадикулоневрита у больных дифтерией обусловлен поражением
- а) черепных нервов
 - б) диафрагмы
 - в) межреберных мышц
 - г) всего перечисленного
049. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке в первую очередь назначают
- а) хлоралгидрат
 - б) тиопентал
 - в) фенobarбитал
 - г) седуксен
 - д) тубокурарин
050. Термином "табетические кризы" у больных спинной сухоткой обозначают
- а) пароксизмы тахикардии
 - б) колебания артериального давления
 - в) пароксизмы более рвущего характера
 - г) эпизоды профузной потливости и общей слабости
 - д) все перечисленное
051. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами
- а) снижением памяти и критики
 - б) дезориентацией и галлюцинациями
 - в) прогрессирующей деменцией
 - г) верно а) и в)
 - д) всем перечисленным
052. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия
- а) основная
 - б) позвоночная
 - в) внутренняя сонная
 - г) наружная сонная
 - д) затылочная
053. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга появляются обычно
- а) в утренние часы
 - б) в вечерние часы
 - в) после физической нагрузки
 - г) после эмоционального стресса
 - д) при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга
054. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга не сочетается
- а) с шумом в ушах
 - б) с шумом в голове
 - в) с неустойчивостью при ходьбе
 - г) с нистагмом
 - д) с ощущением дурноты

055. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее
- а) одних суток
 - б) одной недели
 - в) двух недель
 - г) трех недель
 - д) одного месяца
056. Фармакотерапия больным с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью
- а) улучшения церебральной гемодинамики
 - б) улучшения метаболизма мозга
 - в) регресса очаговой церебральной симптоматики
 - г) осуществления всего перечисленного
 - д) верно а) и б)
057. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает
- а) адекватный уровень артериального давления
 - б) состояние вязкости и текучести крови
 - в) состояние свертывающей системы крови
 - г) сохранение проходимости приводящих артерий
 - д) продолжительность эпизодов преходящей ишемии
058. Внутримозговое "обкрадывание" очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате
- а) нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге
 - б) спазма сосудов пораженного участка мозга
 - в) спазма сосудов неповрежденных отделов мозга
 - г) расширения здоровых сосудов неповрежденного отдела мозга
 - д) раскрытия артериовенозных анастомозов
059. Для тромбоза мозговых сосудов наиболее характерно
- а) наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак
 - б) наличие симптомов-предвестников
 - в) постепенное формирование очаговой симптоматики
 - г) малая выраженность общемозговой симптоматики
060. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте является
- а) выраженность общемозговой симптоматики
 - б) гиповолемия
 - в) гиперкоагулопатия
 - г) все перечисленное
061. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии
- а) ревматизма
 - б) артериального давления, превышающего 200/100 мм рт. ст.
 - в) заболеваний печени
 - г) язвенной болезни желудка
 - д) тромбоцитопатии
062. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным симптомом является
- а) утрата сознания
 - б) кровянистый характер ликвора
 - в) смещение срединного эхо-сигнала
 - г) контралатеральный гемипарез
 - д) все перечисленное
063. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается
- а) генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания
 - б) повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей
 - в) повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей
 - г) повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей

064. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является
- а) утрата сознания
 - б) зрачковые расстройства
 - в) нистагм
 - г) менингеальный синдром
 - д) двусторонние пирамидные патологические знаки
065. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является
- а) утрата сознания
 - б) рвота
 - в) психомоторное возбуждение
 - г) инфаркт миокарда
 - д) отек легкого
066. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы с первого дня назначают
- а) хлористый кальций и викасол
 - б) фибринолизин и гепарин
 - в) аминокaproновую кислоту
 - г) верно а) и б)
 - д) верно а) и в)
067. Характерными для больных невралгией тройничного нерва жалобами являются
- а) постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица
 - б) короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу
 - в) приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся слезо- и слюнотечением
 - г) длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения
068. Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже
- а) папулезной сыпи
 - б) телеангиэктазий
 - в) "кофейных" пятен
 - г) витилиго
 - д) розеолезной сыпи
069. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны
- а) для полирадикулоневрита Гийена - Барре
 - б) для болезни (синдрома) Рейно
 - в) для синдрома Толоза - Ханта
 - г) для гранулематоза Вегенера
070. 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) присоединение синдрома инфекционно-токсического шока
071. Компьютерная томография позволяет выявить зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через
- а) 1 час от начала заболевания
 - б) 2 часа от начала заболевания
 - в) 4 часа от начала заболевания
 - г) 6 и более часов от начала заболевания
072. Для коматозного состояния не характерны
- а) снижение сухожильных рефлексов
 - б) двусторонний симптом Бабинского
 - в) угнетение брюшных рефлексов
 - г) угнетение зрачковых реакций
 - д) целенаправленные защитные реакции
073. Решающее значение в диагностике внутричерепных аневризм имеет

- а) сцинтиграфия
 - б) ангиография
 - в) компьютерная томография
 - г) доплеросонография
 - д) реоэнцефалография
074. Первая помощь при конъюнктивите любой этиологии состоит в назначении
- а) анестетиков
(15% раствора новокаина, 0.5-1.0% раствора дикаина или кокаина)
 - б) альбуцида (15-30%)
 - в) и того, и другого средства
 - г) ни того, ни другого средства
075. Для аденовирусного эпидемического фолликулярного кератоконъюнктивита характерно
- а) острое начало
 - б) увеличение регионарных лимфатических узлов
 - в) небольшой отек век и резкая гиперемия слизистой оболочки век и глаза
 - г) все перечисленное
076. Желтая окраска конъюнктивы характерна для всего перечисленного, кроме
- а) надпеченочной (гемолитической) желтухи
 - б) печеночной (инфекционной) желтухи
 - в) малярии
 - г) глистной инвазии
 - д) Аддисоновой болезни
077. Острый приступ глаукомы может быть спровоцирован
- а) психоэмоциональным напряжением
 - б) физическим перенапряжением
 - в) работой в наклонном положении
 - г) всем перечисленным
078. Клиническая картина острого приступа глаукомы характеризуется
- а) резкими болями в глазу и в голове
 - б) снижением остроты зрения
 - в) тошнотой и рвотой
 - г) отеком и гиперемией радужки и конъюнктивы
 - д) всеми перечисленными симптомами
079. Ухудшение течения глаукомы может вызвать все перечисленное, кроме
- а) промывания желудка
 - б) приема валидола
 - в) приема нитроглицерина
 - г) приема атропина
 - д) введения новокаина
080. Выраженность симптомов злокачественных новообразований носа и околоносовых пазух зависит
- а) от локализации опухоли
 - б) от стадии болезни
 - в) от вида опухоли
 - г) от возраста больного
 - д) от всего перечисленного
081. Основными жалобами больных со злокачественными опухолями носа являются все перечисленные, кроме
- а) затруднения носового дыхания
 - б) нарушения обоняния
 - в) периодических носовых кровотечений
 - г) головной боли
 - д) головокружений
082. Злокачественную опухоль полости носа следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) доброкачественной опухоли
 - б) сифилиса носа
 - в) туберкулеза носа
 - г) склеромы носа
 - д) гипертрофического ринита

083. К заболеваниям, под видом которых может протекать опухоль глотки, относятся все перечисленные, кроме
- а) аденоидных вегетаций
 - б) хронического фарингита
 - в) паратонзиллита
 - г) шейного лимфаденита
 - д) заглоточного абсцесса
084. Для опухоли носоглотки характерны все перечисленные симптомы, кроме
- а) заложенности носа
 - б) аносмии
 - в) слизисто-кровянистых выделений
 - г) изменения тембра голоса
 - д) болей
085. Злокачественные опухоли миндалин следует дифференцировать
- а) с флегмонозной ангиной
 - б) с ангиной Симановского
 - в) с лимфогранулематозом
 - г) с сифилисом
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями
086. Обязательным предраком ушной раковины и наружного слухового прохода являются все перечисленные заболевания, кроме
- а) пигментной ксеродермы
 - б) старческого кератоза
 - в) невуса
 - г) экземы
 - д) болезни Педжета
087. Признаками озлокачествления невуса являются все перечисленные, кроме
- а) увеличения пятна
 - б) изменения цвета
 - в) появления боли в области пятна
 - г) появления ответвлений
 - д) появления ободка гиперемии
088. Боли, характерные для хронического гангренозного пульпита
- а) возникают под влиянием физических и химических раздражителей и исчезают с удалением раздражающего фактора
 - б) возникают под влиянием преимущественно механических раздражителей и продолжаются после удаления раздражающего фактора
 - в) возникают самопроизвольно, особенно ночью, усиливаются от холодного
 - г) возникают самопроизвольно, проявляясь чувством распирания в зубе, усиливаются от действия раздражителей, особенно горячего
089. Для острого серозного пульпита характерно
- а) возникновение болей только при приеме пищи
 - б) постоянные самопроизвольные боли, усиливающиеся при надавливании на зуб
 - в) приступообразные самопроизвольные боли с продолжительными интервалами между их появлением
 - г) приступообразные самопроизвольные боли с короткими интервалами между приступами
 - д) спонтанные почти постоянные боли нарастающей интенсивности
090. Острый гнойный пульпит характеризуется
- а) приступообразной жгучей болью по ходу ветвей тройничного нерва
 - б) острой приступообразной болью, локализованной в пределах пораженного зуба и усиливающейся от раздражителей
 - в) приступообразной разлитой болью, возникающей в зубе и иррадиирующей в соседние области, усиливающейся от холодного
 - г) пульсирующей болью нарастающего характера, стихающей от холодного
 - д) постоянной ноющей болью в области пораженного зуба
091. В развитии пародонтита этиологическое значение имеют
- а) нарушения функций органов желудочно-кишечного тракта

- б) над- и поддесневой зубной камень, зубная бляшка, нависающие края пломб, ортопедические конструкции, повреждающие краевой пародонт, неравномерная нагрузка на ткани пародонта
 - в) дисфункция половых желез, гиповитаминоз
 - г) нервно-сосудистые нарушения пародонта
092. Для больного с острым катаральным гингивитом характерны жалобы
- а) на сильные самопроизвольные боли в области определенной группы зубов
 - б) на выраженную локализованную, иногда приступообразную боль в десне
 - в) на кровоточивость десен и их болезненность, усиливающуюся при жевании

Раздел 26

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

001. Исход реанимации является наиболее благоприятным
- а) при первичной остановке кровообращения
 - б) при первичной остановке дыхания
 - в) при первичном поражении центральной нервной системы
 - г) при первичном поражении нейроэндокринной сферы
 - д) при остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы
002. Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти
- 1) 3-4 мин при гипертермии
 - 2) 3-4 мин при нормотермии
 - 3) 5-6 мин при нормотермии
 - 4) 20-30 мин при понижении температуры тела до 31-32°C
 - а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 2, 4
 - д) верно 1, 3
003. К преимуществам проведения искусственной вентиляции легких методом "рот в рот" относится все перечисленное, кроме
- а) возможности применения этого метода в любых условиях
 - б) нервно-рефлекторной стимуляции дыхательного центра
 - в) нервно-рефлекторной стимуляции сердечно-сосудистого центра
 - г) обеспечения дыхательного объема, превышающего нормальный в 2-3 раза
004. При неэффективности искусственной легочной вентиляции следует
- а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия
 - б) опустить головной конец
 - в) приподнять головной конец
 - г) позвать другого реаниматора
005. При проведении искусственной вентиляции легких методом "рот в рот" могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме
- а) вывиха нижней челюсти
 - б) фибрилляции желудочков
 - в) регургитации
 - г) разрыва альвеол легких, пневмоторакса
006. Основными признаками остановки сердца являются
- 1) судороги
 - 2) отсутствие пульса на сонной артерии
 - 3) отсутствие самостоятельного дыхания
 - 4) узкие зрачки
 - 5) широкие зрачки
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 2, 3, 5
 - д) верно 1, 4, 5
007. Перед началом легочно-сердечной реанимации

- больному следует придать положение
- а) горизонтальное на спине
 - б) на спине с приподнятым головным концом
 - в) на спине с резко опущенным головным концом
008. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить
- а) на верхней трети грудины
 - б) на границе верхней и средней трети грудины
 - в) на границе средней и нижней трети грудины
 - г) в пятом межреберном промежутке слева
009. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме
- а) сужения зрачков
 - б) появления пульса на сонной артерии
 - в) уменьшения цианоза кожи
 - г) появления отдельных спонтанных вдохов
 - д) сухости склеры глазных яблок
010. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из всех перечисленных приемов, кроме
- а) обеспечения проходимости дыхательных путей
 - б) проведения искусственной вентиляции легких
 - в) восстановления кровообращения
 - г) промывания желудка
011. Среди перечисленных состояний к прекращению кровообращения не относится
- а) асистолия
 - б) фибрилляция желудочков
 - в) мерцание предсердий
 - г) "неэффективное" сердце
012. При лечении асистолии применяют
- а) наружный массаж сердца
 - б) внутривенное введение адреналина
 - в) внутривенное струйное вливание бикарбоната натрия
 - г) все перечисленное
013. Фибрилляция желудочков устраняется
- а) электрической дефибрилляцией
 - б) внутривенным введением лидокаина
 - в) внутривенным введением атропина, хлорида кальция, хлорида калия
 - г) всем перечисленным
014. При отсутствии самостоятельного дыхания в отсроченную фазу легочно-сердечной реанимации необходимо
- а) продолжать искусственную вентиляцию легких
 - б) ввести цититон
 - в) наложить трахеостому
 - г) ввести бемегрид
015. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения
- 1) ранение внутренней грудной артерии
 - 2) разрыв легкого
 - 3) кровотечение из раны
 - 4) повреждение мышцы сердца
 - 5) кровоизлияние в мышцу сердца
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4, 5
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно 2, 4, 5
016. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется
- а) продолжительностью периода умирания
 - б) продолжительностью клинической смерти
 - в) глубиной и длительностью перенесенной гипоксии
 - г) характером основного заболевания
 - д) всем перечисленным

017. Синдром низкого сердечного выброса развивается в результате
- а) снижения объема циркулирующей крови
 - б) расстройства различных видов обмена
 - в) нарушения нейроэндокринной и гуморальной регуляции тонуса сосудов
 - г) нарушения микроциркуляции
018. Причинами развития синдрома избыточного кровотока мозга могут быть все перечисленные, кроме
- а) снижения сопротивления сосудов мозга
 - б) повышения потребности ткани мозга в кислороде
 - в) обтурации капиллярной сети
 - г) повышения давления крови
019. При остановке кровообращения развивается
- а) метаболический алкалоз
 - б) метаболический ацидоз
 - в) респираторный алкалоз
 - г) респираторный ацидоз
 - д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз
020. Насыщение кислородом артериальной крови резко изменяется при гипоксии
- а) циркуляторной
 - б) анемической
 - в) гипоксической
 - г) тканевой
021. Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают
- а) барбитураты
 - б) эфир
 - в) фторотан
 - г) гипертермия
 - д) гелий-терапия
022. Экстренная трахеостомия показана
- 1) при переломе шейного позвонка и параличе межреберных мышц
 - 2) при бульбарном полиомиелите
 - 3) при бронхоспазме при анафилактическом шоке
 - 4) при апноэ у больного с фибрилляцией желудочков
 - 5) при астматическом статусе
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
023. Больная бронхиальной астмой в астматическом статусе возбуждена, испытывает чувство страха. Наиболее рациональные назначения
- 1) 0.1 мг/кг седуксена
 - 2) 10 мл 2.4% раствора эуфиллина в 250 мл 10% раствора глюкозы внутривенно
 - 3) амитриптилин перорально
 - 4) 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида подкожно
 - 5) 40 мг лазикса
- а) верно 1, 2
 - б) верно 2, 3
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 4, 5
 - д) верно 1, 5
024. При астматическом статусе необходимо
- а) реоксигенация подогретым и увлажненным чистым кислородом
 - б) внутривенное введение раствора бикарбоната натрия
 - в) внутривенное введение гидрокортизона
 - г) отсасывание слизи
 - д) все перечисленное
025. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо

- а) искусственная вентиляция легких
 - б) наружный массаж сердца
 - в) массивные переливания крови и кровезаменителей
 - г) введение адреналина и бикарбоната натрия
 - д) обеспечение гемостаза
 - е) все перечисленное
026. При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение
- а) атропина
 - б) норадреналина
 - в) изадрина
 - г) зонда-электрода в правый желудочек
 - д) всего перечисленного
027. К признакам шока относятся все перечисленные, кроме
- а) бледности кожных покровов
 - б) гиперемии лица
 - в) снижения артериального давления
 - г) похолодания кожных покровов
 - д) адинамии, заторможенности
028. При анафилактическом шоке показано
- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов
 - б) подкожное введение аминазина
 - в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина
 - г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма
 - д) дегидратационная терапия
029. Для купирования судорог могут быть использованы следующие из перечисленных препаратов
- 1) барбитураты
 - 2) седуксен
 - 3) трихлорэтилен
 - 4) мышечные релаксанты
 - 5) дроперидол
 - а) верно 1, 2, 3, 4
 - б) верно 2, 3, 4, 5
 - в) верно 1, 2, 4, 5
 - г) верно 3, 4
030. При лечении кардиогенного шока на догоспитальном этапе применяют все перечисленное, кроме
- а) гипотензивных средств
 - б) препаратов, повышающих артериальное давление
 - в) реополиглюкина
 - г) антикоагулянтов
 - д) анальгетиков
031. К срочным мероприятиям при тромбоэмболии легочной артерии относятся все перечисленные, кроме
- а) обезболивания
 - б) проведения тромболитической и антикоагулянтной терапии
 - в) усиления депрессивного влияния блуждающего нерва
 - г) снятия спазма сосудов (но-шпой, эуфиллином, папаверином)
032. Для инфекционно-токсического шока характерно все перечисленное, кроме
- а) малого частого пульса
 - б) резкой вазодилатации
 - в) снижения диуреза
 - г) лихорадки, озноба, поноса
 - д) бледности и похолодания кожных покровов
033. Интенсивная терапия при инфекционно-токсическом шоке включает
- 1) плазмаферез
 - 2) искусственную вентиляцию легких
 - 3) дренирование лимфатического протока, лимфодренаж и лимфосорбцию
 - 4) искусственное кровообращение
 - а) верно 2, 3, 4
 - б) верно 1, 4

- в) верно 1, 2, 3
 - г) верно 1, 2, 3, 4
034. Осторожность при применении больших доз аскорбиновой кислоты необходимо соблюдать в случаях
- а) отравления цианидами
 - б) гипоксической гипоксии
 - в) гиперкоагуляции крови
 - г) септического шока
035. Оценка степени комы по шкале Глазго основана
- а) на активности пациента, возможности контакта с ним, открывании глаз
 - б) на оценке коленного рефлекса
 - в) на оценке размера зрачка и его реакции на свет
 - г) на оценке адекватности функции внешнего дыхания
036. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
- а) ясное сознание
 - б) оглушение
 - в) сопор
 - г) кома
 - д) смерть мозга
037. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
- а) ясное сознание
 - б) оглушение
 - в) сопор
 - г) кома
 - д) смерть мозга
038. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго
- а) ясное сознание
 - б) оглушение
 - в) сопор
 - г) кома
 - д) смерть мозга
039. У нейрохирургических больных внутривенное введение 5% раствора глюкозы
- а) является лучшим методом инфузионной терапии
 - б) может вызвать чрезмерный диурез
 - в) может привести к отеку мозга
 - г) ведет к задержке воды в организме
040. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию
- а) снижение АД и учащение пульса
 - б) снижение АД и урежение пульса
 - в) повышение АД и учащение пульса
 - г) повышение АД и урежение пульса
041. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает
- а) при кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови
 - б) при кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови
 - в) при отравлении фосфорорганическими соединениями
 - г) при декомпенсации миокарда
 - д) при тромбозах легочной артерии
042. При предоперационном осмотре выявлено,

- что при ритмичности пульса частота сердечных сокращений у пациента составляла 44 в мин, а после нагрузки снизилась до 40 в мин. Вероятно, это признак
- полной поперечной блокады
 - выраженной гипертрофии желудочков
 - ничего не значащий
 - выраженной легочной гипертензии
043. Признаком недостаточности правых отделов сердца является
- снижение артериального давления
 - повышение центрального венозного давления (ЦВД)
 - снижение ЦВД
 - анемия
 - полицитемия
044. При правожелудочковой недостаточности развивается
- системный венозный застой
 - снижение центрального венозного давления (ЦВД)
 - артериальная гипертензия
 - отек легких
045. Укажите правильное определение понятия "обморок"
- постепенно развивающаяся и длительно сохраняющаяся утрата сознания
 - внезапная и кратковременная утрата сознания, часто сопровождающаяся падением
 - внезапно наступившая и длительная потеря сознания
 - верно все перечисленное
046. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока
- 10-20%
 - 20-30%
 - 30-40%
 - 40-50%
047. Наибольшим "волемическим коэффициентом" (при переливании одного и того же объема увеличивает на большую величину объем циркулирующей крови) обладает
- полиглюкин
 - реополиглюкин
 - гемодез
 - сухая плазма
 - желатиноль
048. Больной доставлен с ножевым ранением груди в тяжелом состоянии. Беспокоен, кожные покровы цианотичны, тоны сердца глухие, вены шеи переполнены, пульс - 130 в минуту, АД - 70/55 мм рт. ст. Причиной тяжести состояния, вероятно, является
- ранение легкого
 - геморрагический шок
 - гемоперикард с тампонадой сердца
 - кардиогенный шок
049. Пульсовое давление при кардиогенном шоке
- увеличивается
 - уменьшается
 - уменьшается, а затем увеличивается
 - остается неизменным
050. Гиповолемический шок в результате травмы сопровождается
- артериальной гипотензией и брадикардией
 - венозной гипертензией и тахикардией
 - артериальной и венозной гипотензией с тахикардией
 - артериальной гипотензией и венозной гипертензией
051. Пациент поступил через 1 час после травмы, полученной в автокатастрофе. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Тоны сердца не прослушиваются. Пульс - 116 в минуту, АД - 75/40 мм рт. ст. При перкуссии справа над грудной клеткой - тимпанит. При аускультации дыхание справа отсутствует.

- Ваш диагноз
- а) черепномозговая травма
 - б) внутриплевральное кровоотечение справа
 - в) напряженный пневмоторакс справа
 - г) инфаркт миокарда
052. У пациента на фоне нормального состояния остро развилось стридорозное дыхание. Сознание отсутствует. Выражены симптомы гипоксии. Наиболее вероятная причина
- а) приступ бронхиальной астмы
 - б) острый стенозирующий ларинготрахеит
 - в) опухоль гортани или трахеи
 - г) инородное тело гортани или трахеи
053. Основным рентгенологическим симптомом пневмоторакса
- а) коллапс легкого
 - б) наличие воздуха в плевральной полости
 - в) смещение средостения в здоровую сторону
 - г) повышение прозрачности легочного поля
054. Оксигенотерапия неэффективна при гипоксии
- а) гипоксической
 - б) циркуляторной
 - в) гемической
 - г) гистотоксической
055. Для выраженной гипоксической гипоксии характерны все перечисленные симптомы, кроме
- а) нарушения сознания
 - б) цианоза кожных покровов
 - в) снижения альвеолярного pO_2
 - г) снижение артериального pO_2
 - д) увеличения разницы в содержании кислорода в артериальной и венозной крови
056. Синдром Мендельсона (кислотно-аспирационная пневмония) обусловлен аспирацией
- а) крови
 - б) воды
 - в) кислого желудочного содержимого
 - г) гноя
057. В лечении аспирационной пневмонии не рекомендуется
- а) лаваж трахеобронхиального дерева большим количеством 0.5% раствора гидрокарбоната натрия (питьевой соды)
 - б) назначение кортикостероидов
 - в) назначение антибиотиков широкого спектра действия
 - г) искусственная вентиляция легких с положительным давлением на выдохе
058. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее
- а) 70%
 - б) 80%
 - в) 90%
 - г) 100%
 - д) 60%
059. Наиболее выраженные нарушения водно-электролитного обмена возникают при острой кишечной непроходимости на уровне
- а) толстого кишечника
 - б) тощей кишки
 - в) подвздошной кишки
 - г) дуоденоюнального соединения
060. У пациентов с нелеченой кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является

- а) только потеря воды
 - б) только потеря натрия
 - в) потеря и натрия, и воды
 - г) гипокалиемия
 - д) нарушения кислотно-основного состояния
061. Основным буфером внеклеточной жидкости является
- а) гидрокарбонатный
 - б) фосфатный
 - в) протеиновый
 - г) гемоглобиновый
062. Респираторный алкалоз может приводить ко всем перечисленным расстройствам, кроме
- а) повышения возбудимости миокарда и нарушения ритма сердца
 - б) увеличения мозгового кровотока
 - в) нарушения транспорта кислорода к тканям
 - г) снижения концентрации ионизированного кальция плазмы
063. При поступлении больного с отравлением неизвестным ядом в коме выявлено pH - 7.02, артериальное pCO_2 - 75.5 мм рт. ст., избыток оснований (BE) - 14.5 ммоль/л. Нарушение кислотно-основного состояния заключается
- а) в некомпенсированном метаболическом ацидозе
 - б) в некомпенсированном респираторном ацидозе
 - в) в смешанном респираторно-метаболическом ацидозе
 - г) в метаболическом ацидозе средней степени выраженности
064. Гиперкапния вызывает спазм сосудов
- а) головного мозга
 - б) миокарда
 - в) малого круга кровообращения
 - г) матки
065. При гипофибриногенемии, сопровождающейся анемией, наиболее показано применение
- а) свежей крови
 - б) фибриногена
 - в) тромбоцитарной массы
 - г) полиглюкина
 - д) трасилола
066. При массивных гемотрансфузиях для сохранения коагулирующих свойств крови следует применять
- а) теплую кровь
 - б) глюконат кальция
 - в) оксигенотерапию
 - г) кровь двухнедельной давности
 - д) свежую кровь
067. Во время анафилактической реакции освобождаются все перечисленные вещества, кроме
- а) гистамина
 - б) медленно реагирующей субстанции анафилаксии
 - в) гепарина
 - г) адреналина
068. У больной при внутривенной пробе на пенициллин возникли боли в груди, потеря сознания, судороги, артериальная гипотензия. Ваш вероятный диагноз
- а) тромбоэмболия легочной артерии
 - б) эпилептический припадок
 - в) анафилактический шок
 - г) токсикоинфекционный шок
069. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является
- а) норадреналин
 - б) преднизолон
 - в) хлористый кальций

- г) димедрол
 - д) адреналин
070. После первичной остановки сердца спонтанное дыхание обычно прекращается не позднее, чем через
- а) 20 с
 - б) 30 с
 - в) 60 с
 - г) 5 мин
071. После первичной остановки сердца сознание исчезает через
- а) 10 с
 - б) 30 с
 - в) 60 с
 - г) 5 мин
072. Перед проведением реанимационных мероприятий при воздушной эмболии артерии целесообразно положить пациента
- а) на спину
 - б) на левый бок
 - в) на правый бок
 - г) в любое положение

Раздел 27

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

001. При неполном разрыве связок голеностопного сустава с целью оказания первой помощи следует наложить
- а) круговую (циркулярную) повязку
 - б) давящую повязку
 - в) восьмиобразную фиксирующую повязку
 - г) спиральную повязку
 - д) ползучую повязку
002. При кровотечении из раны кисти следует наложить
- а) возвращающуюся повязку
 - б) давящую повязку
 - в) черепашью повязку
 - г) мазевую повязку
 - д) повязку с гипертоническим раствором поваренной соли
003. При переломах ключицы, плеча с целью оказания первой помощи наиболее удобна
- а) неаполитанская повязка
 - б) Т-образная повязка
 - в) повязка Дезо
 - г) колосовидная повязка
 - д) крестообразная повязка
004. При ожогах II степени с целью оказания первой помощи следует
- а) наложить повязку с гипертоническим раствором поваренной соли
 - б) наложить повязку с физиологическим раствором
 - в) наложить повязку с мазью Вишневского
 - г) наложить асептическую повязку
 - д) вообще не накладывать повязку
005. При открытом пневмотораксе накладывается
- а) давящая повязка
 - б) фиксирующая повязка
 - в) окклюзионная повязка
 - г) повязка Дезо
 - д) повязка Вельпо
006. Для остановки наружного капиллярного кровотечения необходимо применить
- а) наложение жгута
 - б) тампонаду раны
 - в) внутримышечное введение витамина К
 - г) наложение давящей повязки

- д) перевязку магистральной артерии на протяжении
007. При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить
- а) давящую повязку
 - б) пальцевое прижатие артерии к поперечному отростку IV шейного позвонка
 - в) наложение жгута Эсмарха определенным способом
 - г) максимальное сгибание головы
 - д) аппликацию на рану гемостатической губки
008. У больного ножевое ранение подвздошной артерии сразу же над пупартовой связкой, массивное кровотечение. Методом временной остановки кровотечения в данной ситуации является
- а) наложение давящей повязки
 - б) тампонирувание раны
 - в) прижатие брюшной аорты к позвоночнику давлением на брюшную стенку
 - г) наложение жгута Момбурга
 - д) максимальное сгибание бедра (приведение бедра к животу) с аппликацией на рану плотного ватно-марлевого тампона
009. Для остановки носового кровотечения у больного с гемофилией следует
- а) ввести в носовой ход ватный тампон, смоченный раствором перекиси водорода
 - б) применить переднюю тампонаду носа
 - в) применить переднюю и заднюю тампонаду носа
 - г) применить заднюю тампонаду носа
 - д) придать больному положение с опущенным головным концом
010. При переломах бедра, осуществляя транспортную иммобилизацию, следует
- а) обездвижить коленный и тазобедренный суставы
 - б) обездвижить голеностопный и коленный суставы
 - в) обездвижить коленный сустав
 - г) обездвижить голеностопный, коленный и тазобедренный суставы
 - д) ограничиться наложением импровизированной шины от тазобедренного до коленного сустава
011. При переломах костей таза транспортная иммобилизация заключается
- а) в наложении шины Дитерихса
 - б) в укладывании больного на щит и подкладывании жесткого валика под поясницу
 - в) в укладывании больного на спину с согнутыми и разведенными бедрами и подкладывании в подколенные области валика из одеяла, подушки, одежды
 - г) в укладывании больного на щит и фиксации к последнему
012. Вагосимпатическая блокада показана
- а) при переломе ключицы
 - б) при множественных переломах ребер со значительным расстройством дыхания
 - в) при переломе одного ребра
 - г) при травматическом разрыве селезенки
 - д) при переломе костей таза
013. Показанием к внематочной является
- а) необходимость длительного введения лекарственных средств внутривенно
 - б) клиническая смерть
 - в) необходимость переливания крови
 - г) техническая невозможность внематочной
 - д) сепсис
014. Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является
- а) коллапс
 - б) высокая температура тела
 - в) учащенный пульс
 - г) венозная гипертензия
 - д) застойные явления в малом круге кровообращения

- е) верно г) и д)
015. При определении группы крови оказалась положительной реакция изогемагглютинации со стандартными сыворотками O(I) и B(III) групп. Следовательно
- а) исследуемая кровь относится к группе O(I)
 - б) исследуемая кровь относится к группе A(II)
 - в) исследуемая кровь относится к группе B(III)
 - г) исследуемая кровь относится к группе AB(IV)
 - д) подобная реакция невозможна
016. При определении группы крови реакция изогемагглютинации оказалась положительной со стандартными сыворотками A(II) и B(III) групп и отрицательной - с O(I) и AB(IV) групп. Подобный результат свидетельствует
- а) о первой группе исследуемой крови
 - б) о четвертой группе
 - в) о панагглютинации
 - г) о непригодности стандартных сывороток
 - д) о резус-несовместимости
017. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между
- а) сывороткой донора и кровью реципиента
 - б) сывороткой реципиента и кровью донора
 - в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора
 - г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента
 - д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента
018. Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются
- а) отсутствие спонтанного дыхания
 - б) клиническая смерть
 - в) клапанный пневмоторакс
 - г) эмпиема плевры
 - д) тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту)
при нормальной температуре и исключении гиповолемии
019. Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца
- а) левая половина грудной клетки
 - б) рукоятка грудины
 - в) нижняя треть грудины
 - г) мечевидный отросток
 - д) средняя часть грудины
020. Непрямой массаж сердца проводится в ритме
- а) 10-20 надавливаний в минуту
 - б) 30-50 надавливаний в минуту
 - в) 60-70 надавливаний в минуту
 - г) 90-120 надавливаний в минуту
 - а) свыше 120 надавливаний в минуту
021. При выполнении реанимационных мероприятий одним человеком соотношение между числом нагнетаний воздуха в легкие для искусственного дыхания и числом нажатий на грудную клетку при массаже сердца должно быть
- а) 1 и 2
 - б) 1 и 5
 - в) 2 и 5
 - г) 2 и 10
 - д) 2 и 15
022. Критерием эффективности непрямого массажа сердца является
- а) сужение зрачков
 - б) появление пульсации на сонных артериях
 - в) максимальное расширение зрачков
 - г) непроизвольная дефекация
 - д) костная крепитация ребер и грудины
 - е) верно а) и б)

023. Искусственное дыхание без использования аппаратов следует проводить в следующем ритме
- 3 раздувания легких в минуту
 - 6 раздуваний легких в минуту
 - 12 раздуваний легких в минуту
 - 24 раздувания легких в минуту
 - 48 раздуваний легких в минуту
024. Универсальным противоядием при проглатывании яда является
- молоко и яйца
 - кофе с молоком
 - дубильная кислота, окись магния и древесный уголь
 - древесный уголь, смешанный с молоком
 - оливковое масло, смешанное с белком
025. Установите соответствие яда и противоядия
- | Яд | Противоядие |
|---|----------------------------|
| 1) мышьяк | а) вода с уксусом |
| 2) окись углерода | б) 2, 3-димеркаптопропанол |
| 3) щелочь | в) кислород |
| 4) ртуть | г) молоко |
| 5) свинец | д) вода с крахмалом |
| 6) соль цианисто-водородной (синильной) кислоты | ж) амилнитрит |
| 7) йод | |

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Раздел 1

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

001 - а	008 - в	015 - в	022 - д	029 - а	036 - г	043 - в
002 - г	009 - в	016 - б	023 - а	030 - б	037 - а	044 - д
003 - а	010 - г	017 - в	024 - г	031 - б	038 - б	045 - д
004 - б	011 - в	018 - г	025 - в	032 - г	039 - а	
005 - б	012 - в	019 - г	026 - б	033 - е	040 - е	
006 - а	013 - в	020 - б	027 - г	034 - а	041 - д	
007 - а	014 - г	021 - д	028 - а	035 - д	042 - д	

Раздел 2

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

001 - в	008 - б	015 - д	022 - в	029 - в	036 - б	043 - г
002 - б	009 - г	016 - д	023 - д	030 - б	037 - в	
003 - в	010 - д	017 - в	024 - б	031 - г	038 - в	
004 - г	011 - б	018 - в	025 - д	032 - а	039 - б	
005 - г	012 - г	019 - в	026 - б	033 - г	040 - а	
006 - г	013 - б	020 - а	027 - д	034 - г	041 - а	
007 - б	014 - а	021 - г	028 - в	035 - д	042 - а	

Раздел 3

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПИИ

001 - в	008 - а	015 - б	022 - в	029 - г	036 - г	043 - а
002 - а	009 - д	016 - а	023 - г	030 - г	037 - в	044 - б
003 - б	010 - в	017 - а	024 - д	031 - д	038 - а	045 - б
004 - г	011 - д	018 - а	025 - г	032 - в	039 - г	046 - б
005 - в	012 - а	019 - а	026 - б	033 - а	040 - д	047 - д
006 - г	013 - а	020 - б	027 - г	034 - б	041 - в	048 - в
007 - б	014 - г	021 - е	028 - д	035 - в	042 - г	049 - г

Раздел 4

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

001 - а	023 - г	045 - б	067 - б	089 - д	111 - б	133 - б
002 - б	024 - в	046 - г	068 - а	090 - в	112 - а	134 - д
003 - д	025 - в	047 - а	069 - а	091 - д	113 - б	135 - г
004 - в	026 - а	048 - б	070 - г	092 - б	114 - г	136 - б
005 - в	027 - г	049 - г	071 - в	093 - в	115 - а	137 - г
006 - б	028 - б	050 - г	072 - в	094 - а	116 - а	138 - а
007 - а	029 - г	051 - б	073 - а	095 - г	117 - б	139 - в
008 - в	030 - а	052 - б	074 - а	096 - в	118 - б	140 - в
009 - в	031 - в	053 - г	075 - г	097 - в	119 - а	141 - б
010 - г	032 - б	054 - б	076 - г	098 - а	120 - б	142 - г
011 - г	033 - б	055 - в	077 - б	099 - а	121 - в	143 - б
012 - б	034 - б	056 - а	078 - б	100 - в	122 - а	144 - г
013 - г	035 - а	057 - б	079 - б	101 - б	123 - а	145 - г
014 - в	036 - г	058 - а	080 - б	102 - а	124 - а	146 - д
015 - в	037 - б	059 - а	081 - в	103 - а	125 - б	147 - в
016 - б	038 - в	060 - г	082 - а	104 - б	126 - в	148 - б
017 - а	039 - а	061 - б	083 - а	105 - а	127 - а	149 - а
018 - а	040 - б	062 - д	084 - а	106 - в	128 - б	150 - д
019 - б	041 - д	063 - а	085 - д	107 - а	129 - г	
020 - а	042 - б	064 - б	086 - б	108 - д	130 - в	
021 - д	043 - в	065 - б	087 - а	109 - д	131 - а	
022 - б	044 - б	066 - г	088 - б	110 - б	132 - г	

Раздел 5

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

001 - г	007 - в	013 - в	019 - в	025 - в	031 - б	037 - а,б,в
002 - б	008 - в	014 - в	020 - в	026 - а	032 - а	038 - а,б,в
003 - г	009 - в	015 - а	021 - а	027 - б	033 - б	039 - д
004 - б	010 - в	016 - б	022 - в	028 - б	034 - г	
005 - б,г,д	011 - а,в	017 - б	023 - г	029 - а	035 - б,в,г	
006 - д	012 - а,д	018 - в	024 - б,г	030 - г	036 - а	

Раздел 6

ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

001 - б	006 - 1б,2в,3г,4а	015 - а	020 - г	025 - д	030 - а
002 - в	007 - а	011 - б	016 - б	021 - д	026 - б
003 - в	008 - а	012 - д	017 - в	022 - г	027 - д
004 - д	009 - в	013 - б	018 - а	023 - е	028 - г
005 - а	010 - в	014 - а	019 - в	024 - б	029 - г

Раздел 7

ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

001 - б	006 - г	011 - б	016 - г	021 - в	026 - в	031 - в
002 - а	007 - а	012 - б	017 - а	022 - г	027 - б	032 - в
003 - в	008 - г	013 - г	018 - б	023 - г	028 - в	033 - б
004 - а	009 - в	014 - б	019 - б	024 - г	029 - а	034 - а
005 - б	010 - б	015 - а	020 - в	025 - б	030 - г	

Раздел 8

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

001 - а	009 - д	017 - в	025 - б	033 - а	041 - г	049 - г
002 - г	010 - б	018 - г	026 - в	034 - в	042 - б	050 - в
003 - г	011 - в	019 - г	027 - а	035 - в	043 - б	051 - г
004 - б	012 - в	020 - г	028 - г	036 - а	044 - в	052 - в
005 - г	013 - б	021 - а	029 - а	037 - г	045 - в	053 - г
006 - а	014 - а	022 - г	030 - б	038 - а	046 - в	054 - а
007 - г	015 - а	023 - а	031 - а	039 - а	047 - в	055 - а
008 - а	016 - б	024 - а	032 - г	040 - б	048 - г	

Раздел 9

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001 - г	002 - б	003 - б	004 - б	005 - г	006 - д	007 - б
			008 - в			

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Раздел 10

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ВКЛЮЧАЯ ТУБЕРКУЛЕЗ)

001 - б	040 - д	079 - в	118 - б	157 - в	196 - б	235 - д
002 - в	041 - в	080 - а	119 - г	158 - в	197 - в	236 - в
003 - б	042 - а	081 - в	120 - а	159 - а	198 - а	237 - а
004 - в	043 - б	082 - б	121 - в	160 - д	199 - б	238 - г
005 - б	044 - в	083 - в	122 - в	161 - в	200 - в	239 - г
006 - в	045 - д	084 - в	123 - в	162 - в	201 - а	240 - д
007 - д	046 - б	085 - б	124 - г	163 - д	202 - г	241 - в
008 - д	047 - в	086 - б	125 - б	164 - д	203 - в	242 - б
009 - в	048 - а	087 - в	126 - д	165 - г	204 - г	243 - б
010 - д	049 - в	088 - б	127 - а	166 - в	205 - в	244 - в
011 - г	050 - в	089 - б	128 - е	167 - г	206 - б	245 - г
012 - д	051 - г	090 - б	129 - д	168 - д	207 - г	246 - а
013 - д	052 - г	091 - в	130 - а	169 - б	208 - а	247 - б
014 - б	053 - б	092 - в	131 - в	170 - д	209 - б	248 - г
015 - б	054 - в	093 - г	132 - а	171 - г	210 - б	249 - д
016 - б	055 - а	094 - г	133 - а	172 - а	211 - а	250 - д
017 - б	056 - б	095 - г	134 - б	173 - а	212 - д	251 - г
018 - в	057 - б	096 - д	135 - а	174 - г	213 - в	252 - д
019 - в	058 - в	097 - г	136 - в	175 - д	214 - б	253 - г
020 - в	059 - г	098 - г	137 - г	176 - д	215 - б	254 - г
021 - а	060 - г	099 - г	138 - в	177 - в	216 - г	255 - б
022 - б	061 - б	100 - д	139 - г	178 - в	217 - г	256 - д
023 - а	062 - г	101 - д	140 - д	179 - г	218 - а	257 - д
024 - д	063 - в	102 - б	141 - б	180 - в	219 - в	258 - в
025 - а	064 - д	103 - в	142 - г	181 - в	220 - г	259 - в
026 - в	065 - д	104 - б	143 - д	182 - в	221 - б	260 - д
027 - в	066 - б	105 - д	144 - б	183 - в	222 - д	261 - г
028 - д	067 - г	106 - а	145 - д	184 - д	223 - г	262 - б
029 - в	068 - в	107 - в	146 - в	185 - в	224 - г	263 - а
030 - а	069 - б	108 - б	147 - в	186 - г	225 - в	264 - д
031 - б	070 - е	109 - г	148 - в	187 - в	226 - б	265 - а
032 - д	071 - г	110 - д	149 - б	188 - д	227 - г	266 - д
033 - г	072 - г	111 - б	150 - б	189 - в	228 - в	267 - б
034 - д	073 - г	112 - а	151 - д	190 - д	229 - г	268 - д
035 - а	074 - д	113 - б	152 - б	191 - б	230 - г	269 - г
036 - б	075 - а	114 - д	153 - а	192 - а	231 - д	270 - г
037 - д	076 - б	115 - в	154 - б	193 - б	232 - д	
038 - д	077 - а	116 - в	155 - в	194 - в	233 - в	
039 - б	078 - б	117 - г	156 - б	195 - в	234 - а	

Раздел 11

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

001 - б	036 - г	069 - в	104 - в	139 - в	174 - г	209 - б
002 - в	037 - в	070 - в	105 - в,г	140 - д	175 - а	210 - а
003 - д	038 - а	071 - б	106 - а	141 - в	176 - г	211 - в
004 - а	039 - д	072 - в	107 - г	142 - б	177 - д	212 - а
005 - д	040 - г	073 - г	108 - д	143 - г	178 - а	213 - г
006 - в	041 - а	074 - в	109 - г	144 - д	179 - д	214 - г
007 - в	042 - г	075 - д	110 - д	145 - д	180 - д	215 - б
008 - а	043 - г	076 - в	111 - в	146 - д	181 - д	216 - а
009 - б	044 - д	077 - в	112 - д	147 - г	182 - б	217 - а
010 - в	045 - д	078 - б	113 - а	148 - д	183 - г	218 - д
011 - д	046.1 - в	079 - б	114 - в	149 - в	184 - г	219 - б
012 - г	046.2 - б	080 - б	115 - г	150 - д	185 - б	220 - в
013 - б	047 - д	081 - в	116 - а	151 - д	186 - в	221 - г
014 - в	048.1 - г	082 - д	117 - а	152 - г	187 - д	222 - а,б,д
015 - г	048.2 - г	083 - г	118 - в	153 - б	188 - а	223 - а,в,г
016 - д	049 - б	084 - в	119 - а	154 - г	189 - г	224 - б,в,г
017 - б	050 - г	085 - б	120 - в	155 - в	190 - а	225 - а,б,в
018 - д	051 - в	086 - а	121 - в	156 - д	191 - г	226 - а,б,в
019 - б	052 - г	087 - в	122 - д	157 - б	192 - д	227 - а,б
020 - д	053 - в	088 - в	123 - д	158 - а	193 - д	228 - а,б
021 - в	054 - а	089 - в	124 - б	159 - а	194 - д	229 - а,в,г
022 - в	055 - д	090 - в	125 - г	160 - б	195 - а	230 - а

023 - б	056 - в	091 - в	126 - б	161 - д	196 - г	231 - б,в
024 - в	057 - б	092 - б	127 - г	162 - д	197 - г	232 - а,в
025 - г	058 - д	093 - в	128 - б	163 - в	198 - д	233 - б,в,г
026 - а	059 - в	094 - б	129 - а	164 - в	199 - г	234 - б,в,д
027 - а	060 - в	095 - г	130 - д	165 - г	200 - д	235 - а,в,г,д
028 - б	061 - г	096 - в	131 - б	166 - д	201 - в	236 - б
029 - г	062 - г	097 - д	132 - в	167 - б	202 - в	237 - а,в,г
030 - а	063 - б	098 - б	133 - а	168 - д	203 - г	238 - б
031 - б	064 - в	099 - в	134 - б	169 - б	204 - д	239 - а,б,в,г
032 - а	065 - д	100 - д	135 - г	170 - в	205 - а	
033 - г	066 - б	101 - г	136 - в	171 - в	206 - б	
034 - б	067 - б	102 - д	137 - в	172 - д	207 - в	
035 - г	068 - б	103 - а	138 - г	173 - д	208 - г	

Раздел 12
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

001 - а	042 - д	083 - г	124 - г	165 - в	206 - в	247 - д
002 - в	043 - в	084 - д	125 - д	166 - в	207 - а	248 - д
003 - г	044 - г	085 - д	126 - г	167 - г	208 - г	249 - д
004 - б	045 - д	086 - г	127 - д	168 - г	209 - д	250 - д
005 - б	046 - д	087 - а	128 - в	169 - а	210 - д	251 - г
006 - д	047 - д	088 - а	129 - д	170 - в	211 - в	252 - д
007 - в	048 - г	089 - д	130 - д	171 - д	212 - д	253 - д
008 - г	049 - д	090 - д	131 - д	172 - в	213 - д	254 - д
009 - д	050 - д	091 - а	132 - д	173 - д	214 - д	255 - д
010 - д	051 - д	092 - д	133 - д	174 - в	215 - а	256 - д
011 - д	052 - г	093 - д	134 - д	175 - в	216 - в	257 - г
012 - в	053 - д	094 - д	135 - д	176 - г	217 - б	258 - д
013 - г	054 - д	095 - д	136 - г	177 - а	218 - д	259 - д
014 - г	055 - г	096 - д	137 - д	178 - б	219 - д	260 - д
015 - а	056 - а	097 - г	138 - а	179 - д	220 - д	261 - в
016 - д	057 - г	098 - д	139 - г	180 - в	221 - д	262 - б
017 - а	058 - д	099 - д	140 - в	181 - г	222 - б	263 - д
018 - г	059 - б	100 - д	141 - д	182 - д	223 - а	264 - г
019 - г	060 - б	101 - д	142 - д	183 - д	224 - д	265 - д
020 - а	061 - а	102 - д	143 - д	184 - д	225 - г	266 - д
021 - б	062 - г	103 - д	144 - д	185 - а	226 - д	267 - д
022 - г	063 - а	104 - д	145 - г	186 - д	227 - а	268 - д
023 - д	064 - д	105 - д	146 - д	187 - д	228 - б	269 - б
024 - д	065 - д	106 - д	147 - д	188 - д	229 - а	270 - а
025 - д	066 - д	107 - г	148 - д	189 - д	230 - в	271 - г
026 - г	067 - г	108 - д	149 - г	190 - д	231 - д	272 - д
027 - б	068 - в	109 - г	150 - а	191 - д	232 - б	273 - б
028 - д	069 - а	110 - г	151 - а	192 - в	233 - в	274 - г
029 - д	070 - г	111 - д	152 - а	193 - а	234 - д	275 - д
030 - д	071 - д	112 - д	153 - г	194 - а	235 - в	276 - д
031 - а	072 - г	113 - д	154 - в	195 - д	236 - д	277 - в
032 - а	073 - д	114 - г	155 - д	196 - г	237 - д	278 - в
033 - д	074 - д	115 - а	156 - в	197 - в	238 - б	279 - д
034 - д	075 - б	116 - а	157 - г	198 - г	239 - г	280 - д
035 - г	076 - а	117 - б	158 - а	199 - д	240 - в	281 - б
036 - д	077 - б	118 - а	159 - а	200 - д	241 - д	282 - д
037 - г	078 - г	119 - в	160 - б	201 - в	242 - д	283 - д
038 - д	079 - а	120 - а	161 - в	202 - г	243 - д	284 - д
039 - д	080 - д	121 - д	162 - в	203 - г	244 - а	285 - г
040 - г	081 - д	122 - д	163 - б	204 - г	245 - д	286 - г
041 - г	082 - г	123 - д	164 - г	205 - г	246 - д	287 - б

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 13
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

001 - г	018 - г	035 - а	052 - в	069 - г	086 - в	103 - г
002 - д	019 - д	036 - в	053 - в	070 - в	087 - а	104 - а
003 - г	020 - в	037 - б	054 - в	071 - б	088 - б	105 - г
004 - в	021 - д	038 - б	055 - а	072 - д	089 - г	106 - в
005 - в	022 - г	039 - б	056 - в	073 - г	090 - в	107 - д
006 - в	023 - в	040 - б	057 - г	074 - б	091 - в	108 - в

007 - б	024 - в	041 - б	058 - д	075 - б	092 - б	109 - б
008 - г	025 - в	042 - г	059 - г	076 - в	093 - б	110 - а
009 - б	026 - в	043 - г	060 - а	077 - д	094 - г	111 - б
010 - г	027 - в	044 - б	061 - в	078 - г	095 - б	112 - б
011 - б	028 - г	045 - а	062 - б	079 - а	096 - г	113 - в
012 - а	029 - в	046 - г	063 - б	080 - в	097 - б	114 - б
013 - а	030 - д	047 - б	064 - г	081 - б	098 - б	
014 - в	031 - г	048 - б	065 - в	082 - а	099 - в	
015 - а	032 - б	049 - д	066 - в	083 - в	100 - б	
016 - б	033 - а	050 - в	067 - а	084 - д	101 - а	
017 - в	034 - г	051 - б	068 - г	085 - в	102 - в	

Раздел 14
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

001 - в	014 - а	027 - г	040 - г	053 - д	066 - д	079 - д
002 - в	015 - б	028 - а	041 - в	054 - д	067 - а	080 - д
003 - в	016 - г	029 - г	042 - г	055 - г	068 - д	081 - г
004 - в	017 - д	030 - в	043 - д	056 - г	069 - г	082 - а
005 - г	018 - г	031 - г	044 - б	057 - а	070 - д	083 - д
006 - а	019 - г	032 - б	045 - д	058 - г	071 - д	084 - в
007 - а	020 - б	033 - в	046 - д	059 - г	072 - д	085 - в
008 - д	021 - а	034 - б	047 - г	060 - в	073 - д	
009 - д	022 - г	035 - а	048 - г	061 - г	074 - г	
010 - г	023 - г	036 - д	049 - д	062 - г	075 - б	
011 - г	024 - д	037 - б	050 - д	063 - в	076 - б	
012 - в	025 - г	038 - а	051 - б	064 - б	077 - д	
013 - д	026 - г	039 - а	052 - г	065 - в	078 - г	

Раздел 15
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

001 - г	028 - г	055 - г	082 - д	109 - в	136 - в	163 - в
002 - г	029 - г	056 - д	083 - д	110 - а	137 - в	164 - а
003 - д	030 - в	057 - г	084 - г	111 - а	138 - д	165 - д
004 - г	031 - б	058 - д	085 - г	112 - д	139 - д	166 - д
005 - в	032 - г	059 - б	086 - д	113 - в	140 - д	167 - д
006 - г	033 - а	060 - б	087 - а	114 - а	141 - в	168 - д
007 - г	034 - г	061 - д	088 - б	115 - б	142 - г	169 - а
008 - в	035 - в	062 - д	089 - в	116 - в	143 - д	170 - в
009 - б	036 - д	063 - д	090 - д	117 - в	144 - а	171 - д
010 - в	037 - а	064 - д	091 - а	118 - в	145 - б	172 - г
011 - а	038 - в	065 - б	092 - а	119 - в	146 - б	173 - г
012 - а	039 - д	066 - г	093 - а	120 - б	147 - б	174 - д
013 - в	040 - д	067 - д	094 - б	121 - г	148 - в	175 - д
014 - б	041 - г	068 - г	095 - в	122 - д	149 - б	176 - в
015 - б	042 - г	069 - а	096 - г	123 - б	150 - б	177 - д
016 - г	043 - а	070 - б	097 - а	124 - г	151 - в	178 - г
017 - а	044 - д	071 - д	098 - д	125 - д	152 - г	179 - д
018 - б	045 - в	072 - г	099 - а	126 - б	153 - д	180 - д
019 - а	046 - г	073 - в	100 - д	127 - г	154 - д	181 - б
020 - в	047 - д	074 - в	101 - г	128 - г	155 - в	182 - а
021 - а	048 - а	075 - б	102 - г	129 - д	156 - д	183 - г
022 - а	049 - б	076 - д	103 - д	130 - в	157 - а	184 - б
023 - б	050 - г	077 - а	104 - в	131 - д	158 - в	185 - а
024 - г	051 - в	078 - в	105 - д	132 - б	159 - б	186 - д
025 - в	052 - г	079 - г	106 - д	133 - б	160 - д	
026 - а	053 - б	080 - г	107 - д	134 - г	161 - б	
027 - в	054 - г	081 - а	108 - д	135 - б	162 - б	

Раздел 16
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

001 - в	006 - б	011 - а	016 - г	021 - д	026 - д	031 - д
002 - д	007 - а	012 - б	017 - а	022 - в	027 - а	
003 - г	008 - г	013 - а	018 - д	023 - а	028 - б	
004 - д	009 - в	014 - г	019 - д	024 - а	029 - д	
005 - г	010 - а	015 - г	020 - д	025 - в	030 - б	

Раздел 17

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

001 - в	019 - в	037 - а	055 - в	073 - в	091 - г	109 - а
002 - в	020 - б	038 - в	056 - в	074 - б	092 - г	110 - б
003 - д	021 - в	039 - б	057 - б	075 - в	093 - б	111 - б
004 - д	022 - а	040 - в	058 - в	076 - а	094 - д	112 - в
005 - г	023 - г	041 - а	059 - б	077 - г	095 - д	113 - б
006 - д	024 - а	042 - в	060 - д	078 - а	096 - г	114 - в
007 - г	025 - г	043 - б	061 - б	079 - а	097 - в	115 - а
008 - г	026 - в	044 - в	062 - б	080 - д	098 - б	116 - а
009 - б	027 - е	045 - б	063 - б	081 - д	099 - а	117 - б
010 - г	028 - б	046 - а	064 - б	082 - в	100 - г	118 - г
011 - д	029 - б	047 - в	065 - а	083 - г	101 - а	119 - г
012 - в	030 - г	048 - д	066 - а	084 - в	102 - б	120 - б
013 - д	031 - б	049 - в	067 - а	085 - г	103 - б	121 - д
014 - б	032 - а	050 - г	068 - б	086 - в	104 - в	122 - г
015 - д	033 - в	051 - б	069 - в	087 - д	105 - б	123 - е
016 - г	034 - а	052 - д	070 - б	088 - г	106 - в	124 - е
017 - а	035 - г	053 - б	071 - а	089 - д	107 - д	125 - д
018 - б	036 - в	054 - д	072 - б	090 - г	108 - а	

Раздел 18

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

001 - д	009 - в	017 - д	025 - в	033 - д	041 - д	049 - б
002 - б	010 - д	018 - б	026 - г	034 - д	042 - г	050 - г
003 - а	011 - в	019 - г	027 - а	035 - г	043 - д	051 - г
004 - д	012 - д	020 - а	028 - д	036 - в	044 - г	
005 - г	013 - г	021 - г	029 - г	037 - д	045 - г	
006 - д	014 - г	022 - г	030 - д	038 - г	046 - г	
007 - г	015 - в	023 - д	031 - д	039 - г	047 - в	
008 - д	016 - г	024 - в	032 - г	040 - б	048 - г	

Раздел 19

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

001 - д	008 - г	015 - в	022 - б	029 - д	036 - в	043 - б
002 - д	009 - в	016 - г	023 - д	030 - г	037 - б	044 - в
003 - б	010 - д	017 - а	024 - б	031 - г	038 - б	045 - в
004 - г	011 - в	018 - г	025 - в	032 - г	039 - б	046 - г
005 - д	012 - д	019 - г	026 - д	033 - в	040 - в	047 - д
006 - б	013 - д	020 - в	027 - в	034 - г	041 - д	048 - г
007 - б	014 - в	021 - г	028 - в	035 - в	042 - г	049 - в

Раздел 20

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

001 - а	007 - а	013 - б	019 - а	025 - б	031 - б	037 - г
002 - в	008 - б	014 - а	020 - в	026 - г	032 - г	038 - г
003 - в	009 - г	015 - б	021 - в	027 - г	033 - г	039 - г
004 - в	010 - в	016 - а	022 - в	028 - а	034 - г	040 - в
005 - б	011 - а	017 - а	023 - б	029 - а	035 - а	041 - г
006 - в	012 - в	018 - г	024 - б	030 - а	036 - г	042 - г

Раздел 21

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ

001 - б	007 - д	013 - д	019 - б	025 - д	031 - г	037 - г
002 - д	008 - б	014 - д	020 - г	026 - д	032 - г	038 - а
003 - г	009 - б	015 - в	021 - г	027 - д	033 - д	
004 - д	010 - д	016 - г	022 - в	028 - а	034 - д	
005 - г	011 - д	017 - г	023 - в	029 - в	035 - д	
006 - в	012 - г	018 - б	024 - в	030 - б	036 - б	

Раздел 22

ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001 - в	010 - а	019 - а	028 - д	037 - а	046 - а	055 - б
002 - г	011 - а	020 - д	029 - г	038 - а	047 - в	056 - г
003 - д	012 - в	021 - а	030 - а	039 - г	048 - г	057 - д

004 - а	013 - б	022 - а	031 - а	040 - д	049 - д	058 - б
005 - д	014 - б	023 - е	032 - д	041 - г	050 - д	059 - а
006 - в	015 - в	024 - а	033 - а	042 - а	051 - в	060 - б
007 - в	016 - в	025 - д	034 - в	043 - б	052 - б	061 - г
008 - д	017 - а	026 - а	035 - а	044 - д	053 - а	062 - д
009 - а	018 - д	027 - д	036 - г	045 - г	054 - в	063 - д

Раздел 23
ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001 - г	007 - г	013 - д	019 - г	025 - а	031 - д	037 - б
002 - в	008 - в	014 - б	020 - г	026 - а	032 - д	038 - г
003 - в	009 - в	015 - в	021 - г	027 - д	033 - г	039 - д
004 - б	010 - в	016 - в	022 - г	028 - в	034 - д	040 - д
005 - г	011 - б	017 - б	023 - б	029 - д	035 - д	
006 - б	012 - д	018 - а	024 - д	030 - г	036 - а	

Раздел 24
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

001 - г	008 - б	015 - д	022 - г	029 - г	036 - б	043 - б
002 - в	009 - б	016 - д	023 - д	030 - д	037 - б	044 - а
003 - д	010 - д	017 - в	024 - г	031 - г	038 - в	045 - б
004 - г	011 - д	018 - г	025 - г	032 - г	039 - г	046 - б
005 - г	012 - д	019 - в	026 - а	033 - б	040 - г	047 - г
006 - а	013 - в	020 - д	027 - г	034 - г	041 - в	048 - а
007 - в	014 - в	021 - в	028 - г	035 - в	042 - б	049 - б

Раздел 25
ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ

001 - д	015 - б	029 - в	043 - в	057 - г	071 - г	085 - д
002 - в	016 - в	030 - б	044 - г	058 - г	072 - д	086 - г
003 - в	017 - а	031 - г	045 - г	059 - в	073 - б	087 - в
004 - в	018 - д	032 - г	046 - г	060 - а	074 - в	088 - г
005 - д	019 - д	033 - б	047 - д	061 - а	075 - г	089 - г
006 - д	020 - б	034 - в	048 - г	062 - б	076 - д	090 - г
007 - а	021 - в	035 - г	049 - г	063 - г	077 - г	091 - б
008 - г	022 - б	036 - в	050 - б	064 - г	078 - д	092 - в
009 - г	023 - г	037 - г	051 - д	065 - д	079 - д	
010 - б	024 - д	038 - в	052 - б	066 - д	080 - д	
011 - б	025 - г	039 - а	053 - д	067 - б	081 - д	
012 - г	026 - д	040 - г	054 - г	068 - в	082 - д	
013 - б	027 - д	041 - б	055 - а	069 - б	083 - д	
014 - д	028 - б	042 - в	056 - д	070 - в	084 - б	

Раздел 26
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

001 - б	012 - г	023 - а	034 - в	045 - б	056 - в	067 - г
002 - г	013 - а	024 - д	035 - а	046 - б	057 - а	068 - в
003 - в	014 - а	025 - е	036 - б	047 - б	058 - б	069 - д
004 - а	015 - г	026 - г	037 - в	048 - в	059 - г	070 - в
005 - б	016 - д	027 - б	038 - г	049 - б	060 - г	071 - а
006 - г	017 - а	028 - а	039 - в	050 - в	061 - а	072 - б
007 - а	018 - б	029 - в	040 - в	051 - в	062 - б	
008 - в	019 - б	030 - а	041 - б	052 - г	063 - в	
009 - д	020 - в	031 - в	042 - а	053 - б	064 - в	
010 - г	021 - а	032 - б	043 - б	054 - г	065 - а	
011 - в	022 - а	033 - г	044 - а	055 - д	066 - д	

Раздел 27
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

001 - в	005 - в	009 - в	013 - г	017 - б	021 - б	025 - 16,2в,
002 - б	006 - г	010 - г	014 - е	018 - б	022 - е	3а,4г,
003 - в	007 - б	011 - в	015 - б	019 - в	023 - в	5б,6ж,
004 - г	008 - в	012 - б	016 - г	020 - в	024 - г	7д

28. Паллиативная помощь

28.1. В отношении паллиативной медицины помощи (ПМП) справедливы следующие утверждения (выберите 1 или несколько правильных ответов):

1. ПМП утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу.
2. ПМП не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти.
3. ПМП предлагает пациентам систему поддержки, способствующую улучшению качества жизни.
4. ПМП положительно влияет на течение болезни.

Эталонный ответ: 1,2,3

28.2. Характеристикой ноцицептивной соматической боли является (выберите 1 наиболее правильный ответ):

1. Четкая локализация.
2. Распространенность, отсутствие четких границ;
3. Схваткообразная, давящая;
4. Внезапная, стреляющая;
5. Необходимо назначение антиконвульсантов.

Эталонный ответ: 1

28.3. К задачам паллиативной помощи относятся

1. Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников
3. Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека
4. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
5. Уменьшение числа госпитализаций

Эталонный ответ: 1,2,3,4

28.4. Какие пациенты преобладают среди нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи:

1. Некурабельные онкологические больные
2. Пациенты, перенесшие инсульт
3. Больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции
4. Больные с сердечной, почечной или дыхательной недостаточностью

Эталонный ответ: 1

28.5. К специализированным организациям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь некурабельным больным, относятся:

1. Хосписы
2. Выездные патронажные службы паллиативной медицинской помощи
3. Отделения паллиативной медицинской помощи Онкологические диспансеры

Эталонный ответ: 1,2,3

2. Ситуационные задачи

Задача № 1. Раздел 1 Кардиология

Больная С., 59 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающий, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/3 голеней.

Анализ крови: эритро.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb- 160 г/л, лейко.- $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейко.-2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий z.R с V4, по V5, V6; z.T (-) в V4-V6;

ЭХО-КГ: ТМППЛЖ-11 мм, ТЗСЛЖ-11 мм, КДР- 68 мм, КСР-49 мм, КДО-160 мл, КСО- 50 мл, ФВ-52%, аорта- утолщение створок клапана, регургитация-2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопросы:

- 1) Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?
- 2) Сформулируйте предварительный клинический диагноз?
- 3) Перечислите основные заболевания, при которых могут развиваться подобные состояния?
- 4) Лечебная тактика. Прогноз заболевания.

Задача № 2. Раздел 1 Кардиология

Больной Г., 65 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД-200/100 мм. рт.ст, адаптирован к АД-140/90 мм.рт.ст., в анамнезе - ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм.рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4,V5, V6; z. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование

2. Оцените состояние больного
3. Лечебная тактика

Задача № 3. Раздел 1 Кардиология

Больная О., 56 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД-100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

1. С каким неотложным состоянием доставлена больная?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Неотложная терапия.
4. Возможные осложнения? Дальнейшая плановая терапия и тактика ведения. План обследования.
5. Показания к установке имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)

Задача № 4. Раздел 1 Кардиология

Больной С., 39 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят загрудинные боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ :АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

1. Какой синдром является ведущим в клинической картине, его патогенез?
2. Какие симптомы дополняют картину заболевания? Их патогенез?
3. Поставьте предположительный диагноз
4. Дополнительные методы диагностики
5. В чем заключается профилактика приступов?
6. Неотложная помощь. Определите план лечения
7. Прогноз при отсутствии лечения

Задача № 5. Раздел 1 Кардиология

Больная А, 46 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. рт. ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД-190/120 мм.рт. ст. на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось до 160/100 мм. рт. ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопросы:

1. Назовите ведущий синдром в клинике данного заболевания.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие основные медикаментозные средства применяются для оказания неотложной помощи? Каков механизм действия этих средств?

Задача № 6. Раздел 1 Кардиология

Больной С. 60-ти лет поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/з голеней. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/з голеней. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ-10 мм. Гипокинезия переднеперегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопросы:

1. Ведущий синдром данного заболевания. При каких состояниях он развивается?
2. Ваш клинический диагноз?
3. Дополнительные методы исследования
4. План лечения

Задача № 7. Раздел 1 Кардиология

Больной С, 54 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги

ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий z.R в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования
3. Ваша тактика?

Задача № 8. Раздел 1 Кардиология

Больной К., 54 лет вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания-20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД-250/140 мм.рт.ст. ЧСС-68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз
- 2) Неотложная помощь

Задача № 9. Раздел 1 Кардиология

Больная, 70 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на сильную слабость, одышку, тяжесть за грудиной, сухой кашель.

Из анамнеза известно, что 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад, когда после переохлаждения появился озноб, повысилась температура тела до 39°, возникли боли в грудной клетке справа и редкий сухой кашель. Принимала аспирин. Через 3 дня температура нормализовалась, однако остались боли в грудной клетке при дыхании и боли за грудиной. Нарастала одышка. Появился кашель со скудной мокротой. Врач «скорой помощи» заподозрил повторный инфаркт миокарда и направил больную в стационар.

Объективно: состояние тяжелое, положение ортопное, выраженный акроцианоз. В легких справа почти на всем протяжении укорочение перкуторного звука. Дыхание справа ослаблено, здесь же выслушивается много мелкопузырчатых хрипов. Слева в нижнем отделе определяются незвучные влажные хрипы. Число дыхательных движений – 32 в минуту. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, пальпируется прекардиальная пульсация. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 уд/минут. АД- 100/60 мм.рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края правой реберной дуги, незначительно болезненная при пальпации.

Анализ крови: эритро.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb- 140 г/л, лейкоц. – $11,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 40 мм/ч; токсическая зернистость нейтрофилов;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС -120 уд/мин., патологический зубец Q в V1-V4, депрессия ST в V5-V6, зубец T (-) в V5-V6

Вопросы:

1. Правильен ли диагноз врача «скорой» помощи?
2. О каком заболевании следует думать и каков предполагаемый диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо сделать для подтверждения диагноза?
4. Назначьте больной лечение. Имеются ли показания для проведения гепаринотерапии?

Задача № 10. Раздел 1 Кардиология

Больной М, 45 лет, обратился с жалобами на длительный малопродуктивный кашель, часто ночью. Противокашлевые препараты мало эффективны. В анамнезе заболеваний легких нет. Страдает артериальной гипертонией, по поводу которой принимает различные гипотензивные препараты. В течение последнего месяца принимает хартил в суточной дозе 10 мг. При предыдущем обращении к врачу в связи с предполагающейся левожелудочковой недостаточностью был назначен фуросемид в суточной дозе 40 мг.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Легкий цианоз губ. Дыхание везикулярное, сухие хрипы над всей поверхностью обоих легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-72 уд/мин. АД-150/90 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Рентгенография органов грудной клетки: атеросклероз аорты. Гипертрофия левого желудочка.

ЭХО-КГ: ЛП-45×55 мм, ПП - 43×50 мм, КДО – 140 мл, ЗСЛЖ – 11 мм, ФВ – 62%

Спирография: ОФВ1- 80% от должного

Вопросы:

1. Какие рекомендации относительно ведения больного правильны?

А) увеличить дозу фуросемида

Б) отменить фуросемид

В) отменить хартил

2. Чем может быть спровоцировано ухудшение самочувствия больного? Объяснить механизм возникновения сухого кашля

Задача № 11. Раздел 1 Кардиология

Больной М., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Ps-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритроц.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Гб- 149 г/л, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 25 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л;

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Оцените ЭКГ, анализ крови
3. Неотложная помощь

Задача № 12. Раздел 1 Кардиология

Больная С, 50 лет отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритроц.- $3,8 \times 10^{12}/л$, Гб- 98 г/л, лейкоц. – $15,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч

Вопросы:

1. Вероятный диагноз

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?

Задача № 13. Раздел 1 Кардиология.

Больной М., 68 лет доставлен в приемное отделение кардиологического диспансера с жалобами на учащенное хаотичное сердцебиение, чувство «остановки, замирания» сердца, выраженную общую слабость, чувство нехватки воздуха, потливость. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ежемесячно беспокоят приступы учащенного хаотичного сердцебиения, продолжительность до 15-20 минут, проходящие спонтанно. Постоянно принимает престанс. АД в пределах 120/80-130/80 мм.рт.ст. Отмечает в межприступный период урежение пульса до 45-50 уд/мин, периодические головокружения, дважды - обморочные состояния. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 5 часов, когда появились вышеперечисленные жалобы. АД – 170/80 мм.рт.ст.

ЭКГ: ритм несинусовый, неправильный с ЧЖС-115-125 уд/мин, волны F в V1.

После в/в введения новокаинамида самочувствие улучшилось, по ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 42 уд/мин, PQ- 0,18 сек, QT – 0,38 сек;

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Определите тактику ведения больного. Показания к установке постоянного ЭКС

Задача № 14. Раздел 1 Кардиология

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,7 к вечеру, учащенное сердцебиение. Считает себя больным около месяца. Страдает хроническим гайморитом с частыми обострениями. 2 месяца назад удалил 2 зуба в связи с периодонтитом.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные влажные. Температура 37,0 С. Увеличены подчелюстные и передние шейные л/у с двух сторон. Отеков нет. ЧДД - 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 110 в мин. АД 150/80 мм рт.ст. Аускультативно: резко ослаблен 2 тон, убывающий протодиастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. , нижний край слегка болезненный, мягко-эластический. Пальпируется нижний край селезенки. В общем ан. крови: эр. – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л. Лейк. – $15 \cdot 10^9$ /л, Нб - 102 г/л, п/я -8. с/я –67% лим. – 25%. СОЭ -43 мм/ч, СРБ +++.

ЭКГ: синусовая тахикардия 105 в мин. Отклонение ЭОС влево. Признаки ГЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца влево за счет ЛЖ. В легких без патологии.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Определите врачебную тактику.

Задача № 15. Раздел 1 Кардиология

На прием к кардиологу обратился мужчина С., 66 лет с жалобами на повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, боли в области сердца давящего характера, одышку, возникающие при ходьбе до 150 м. в умеренном темпе.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Объем талии-109 см. ИМТ-30 кг/м². Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 90 уд/мин. АД-180/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Анализ крови: эритро- $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нб- 159 г/л, лейко- $8,0 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АСТ – 35 Ед/л, АЛТ – 40 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л; О.Хс – 7,0 ммоль/л, ТГ- 3 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,2 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,8 ммоль/л, мочевая кислота – 420 мкмоль/л;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС- 88 уд/мин, Т (-) в V1-V2, электрическая ось отклонена влево, R высокий в V5-V6;

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
2. Какие метаболические нарушения выявлены у пациента?
3. Определите план лечения. Какие лекарственные препараты предпочтительны для лечения АГ у данного пациента?

Задача № 16. Раздел 1 Кардиология

Больной М., 50 лет, доставлен в блок интенсивной терапии через 3 часа после развития приступа сильных давящих загрудинных болей. Жалуется на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, чувство нехватки воздуха.

Объективно: больной беспокоен, возбужден. Кожные покровы бледные. Выраженный цианоз губ. Акроцианоз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 98 ударов в минуту. АД- 100/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: подъем ST на 4 мм в I, aVL, V1-V5. ЧСС -90 уд/мин.,

Анализ крови: эритро.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 149 г/л, лейкоц. – $10,1 \times 10^9/л$, СОЭ – 18 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 27 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 38 Ед/л, глюкоза -7,9 ммоль/л;

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
2. Определите тактику ведения

Задача № 17. Раздел 1 Кардиология

32-летний мужчина госпитализирован с жалобами на боли в области сердца, перебои, периодически отмечает приступы учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, в течение полугода – 2 обморочных состояния. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 78 ударов в минуту, одиночная желудочк. э/с; снижение сегмента ST в I, II, AVL, V4-V6 отведениях, зубец Т (-) в V4-V6

ХМ-ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС мин- 52 уд/мин, макс. ЧСС – 180 уд/мин. Одиночная желудочковая э/ия – 5360, парная жел. э/ия – 55, групповая – 31. Пароксизмы желудочковой тахикардии – 5 с ЧСС до 150 уд/мин.

ЭХО-КГ: ЛП – 40 мм, ПП – 40 мм, КДР ЛЖ – 32 мм, КДО – 108 мл, ФВ – 78%, ТМЖП – 1,8 см, ЗСЛЖ – 1,1 см. Признаки обструкции выходного отдела ЛЖ.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование
2. Какие антиаритмические препараты необходимо назначить больному?
3. Прогноз для жизни больного, возможные осложнения
4. Перечислите факторы риска внезапной смерти

Задача № 18. Раздел 1 Кардиология

Мужчина С., 55 лет, страдающий ИБС, госпитализирован в приемный покой кардиологического диспансера с жалобами на приступ учащенного хаотичного сердцебиения, выраженную общую слабость, головокружение, потливость.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Ортопное. Дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 110-130 уд/мин. АД – 80/50 мм.рт.ст.

По ЭКГ: ритм несинусовый, неправильный. ЧЖС – 115 – 130 уд/ми, волны F в V1-V2

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
2. Определите тактику ведения больного. Рекомендации по дальнейшей профилактике приступов
3. Что такое шкала CHA2DS2-VASc?

Задача № 19. Раздел 1 Кардиология

Больному С., 65 лет, страдающему ИБС, стенокардией (II-III функциональный класс), артериальной гипертонией, атеросклерозом сосудов нижних конечностей, нарушением сна в связи с учащением приступов стенокардии на фоне повышения АД (200/110 мм.рт. ст), амбулаторно были назначены следующие препараты: а) нитроглицерин сублингвально при приступах стенокардии, б) амлодипин, в) бисопролол, г) тазепам.

На фоне приема данных препаратов приступы стенокардии стали реже, но активность больного оставалась ограниченной из-за усиления болей в нижних конечностях при ходьбе.

Вопросы:

1. Правильна ли тактика подбора препаратов?
2. Какой из лекарственных препаратов может способствовать усилению проявлений перемежающейся хромоты?

Задача № 20. Раздел 1 Кардиология

Молодая женщина, 38 лет, обратилась к терапевту с жалобами на головные боли с повышением АД до 180/100 мм.рт.ст. Известно, что отец пациентки умер в возрасте 45 лет от инфаркта миокарда.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациентка повышенного питания. Рост – 166 см, масса тела – 95 кг. ОТ – 105 см. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 85 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3 см.

Анализ крови: эритроц.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb- 156 г/л, лейкоц. – $7,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 11 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АСТ – 35 Ед/л, АЛТ – 39 Ед/л, глюкоза -6,4 ммоль/л; О.Хс – 6,0 ммоль/л, ТГ- 2,8 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,7 ммоль/л, мочевая кислота – 405 мкмоль/л;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС- 85 уд/мин, электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V5-V6 (24 мм);

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование
2. Какие метаболические нарушения выявлены у данной пациентки?
3. Каковы патогенетические основы нарушения метаболизма? Определите тактику ведения пациентки?

Задача № 21. Раздел 1 Кардиология

У молодого мужчины 35 лет во время профилактического осмотра врачом медсанчасти было обнаружено повышенное артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. При опросе выяснено, что 4 года тому назад при случайном измерении АД, отмечено его повышение. Пациент не обследован, за медицинской помощью не обращался. Семейный анамнез отягощенный (у нескольких родственников из старшего поколения были инфаркты миокарда, нарушения мозгового кровообращения).

Объективно: состояние удовлетворительное. Пациент повышенного питания. Рост – 170 см, масса тела – 90 кг. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС – 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 84 ударов в минуту. Признаки ГЛЖ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?
3. Предполагаемый план лечения и его обоснование

Задача № 22. Раздел 1 Кардиология

Мужчина, 50 лет перенес крупноочаговый задне-диафрагмальный – базальный инфаркт миокарда, протекавший без осложнений. Перед выпиской из стационара во время пробы с нагрузкой на велоэргометре при частоте сердечного ритма – 100 ударов в минуту зарегистрирована горизонтальная депрессия сегмента ST в V2-V6 на 2 мм. и частая желудочковая экстрасистолия, сохраняющаяся в восстановительном периоде.

Вопросы:

1. Оцените результат велоэргометрической пробы у данного больного?
2. Какой прогноз у данного пациента?
3. Какое дальнейшее лечение должно быть рекомендовано больному?

Задача № 23. Раздел 1 Кардиология

Женщина, 55 лет, страдает сахарным диабетом 2 типа, курит. В связи с предстоящей гинекологической операцией по поводу фибромиомы матки обратилась к терапевту с целью оценки состояния сердца и возможности хирургического вмешательства, а также определения степени риска возникновения сердечно – сосудистых осложнений. При опросе, физикальном обследовании было установлено, что у больной имеется 3 степень артериальной гипертензии (отмечает повышение АД до 180/100 мм.рт.ст); стенокардия, признаки хронической сердечной недостаточности, ФК2. Известно, что отец пациентки умер в 45 лет от инфаркта миокарда. На ЭКГ обнаружена полная блокада левой ножки пучка Гиса, давность которой неизвестна, предшествующих ЭКГ нет.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования целесообразно провести?
2. Какие рекомендации должны быть даны?

Задача № 24. Раздел 1 Кардиология

Больной, 65 лет, длительно страдающий артериальной гипертензией и лечившийся гидрохлортиазидом в течение 1 года, госпитализирован в кардиологический стационар с явлениями начинающегося отека легких. На догоспитальном этапе ему был введен внутривенно фуросемид и морфина хлорид.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Больной находится в положении ортопноэ. Выраженный акроцианоз. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Выслушиваются диффузные мелкопузырчатые хрипы на всем протяжении легких. Тоны сердца ритмичные. I тон приглушен. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 220/120 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС с ЧСС – 100 ударов в минуту. ГЛЖ.

Вопросы:

1. Каковы причины возникновения отека легких?
2. Каков наиболее оптимальный вариант купирования отека легких?

Задача № 25. Раздел 1 Кардиология

У больной 60 лет, страдающей АГ (САД-160-170 мм.рт.ст, ДАД – 100-110 мм.рт.ст) после перенесенного полгода тому назад инфаркта миокарда с зубцом Q передне-боковой локализации постепенно стала нарастать одышка при умеренной физической нагрузке (при ходьбе до 70 м, подъеме на 1 этаж), появилась тяжесть в правом подреберье, ухудшился аппетит, появились отеки на голенях, усиливающиеся к вечеру. Беспокоит постоянное учащенное хаотичное сердцебиение, чувство «остановки, замирания сердца». При опросе у больной не установлено наличия стенокардии напряжения, не было повторного пролонгированного болевого синдрома подобно тому, что имелся в прошлом, когда у больной

развился инфаркт миокарда. Больная периодически принимала только валидол, валокордин.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Выраженный акроцианоз. ЧДД-18 в минуту. Дыхание везикулярное. В нижних отделах обоих легких имеются влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, верхушечный толчок разлитой. АД – 100/80 мм.рт.ст. Тоны сердца аритмичные с ЧСС – 120-130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени находится на 3 см ниже края правой реберной дуги. Отеки на стопах и голенях.

ЭХО-КГ: АК - кальциноз, регургитация 1 ст. ЛП-52 мм, ПП-45 мм, митральная регургитация- 2-3 ст. КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-196 мл, КСО-55 мл, ФВ-42%, ТЗСЛЖ-10 мм., ММЛЖ-10 мм, дискинезия передне-верхушечной области ЛЖ.

ЭКГ: ФП с ЧСС 110-117 уд/мин

Вопросы:

1. Какие причины ухудшения самочувствия данной пациентки?
2. Какое лечение следует предпочесть? Обоснуйте свой выбор

Задача № 26. Раздел 1 Кардиология

У молодой женщины 30 лет впервые в жизни возник приступ учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся выраженной общей слабостью, головокружением, потливостью. Пациентка с детства страдает сахарным диабетом 1 типа. В семье были 2 случая внезапной смерти в молодом возрасте.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное, ясное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130-140 уд/мин. АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

ЭКГ: ритм правильный с ЧСС -140-150 в минуту, з. Р расположены позади QRS, хорошо заметны в V1. Комплекс QRS узкий.

Приступ купирован в/в введением 10 мг АТФ.

После оказанной помощи на ЭКГ: ритм синусовый, правильный, дельта волна на восходящем колене комплекса QRS, PQ -0,09 сек, QRS- 0,12 сек.

1. Какое нарушение ритма сердца имеется у данной пациентки? Этиология данного заболевания?
2. Что можно использовать для купирования приступа аритмии.
3. Дальнейшая тактика лечения

Задача № 27. Раздел 1 Кардиология

У больного в возрасте 52 лет при осмотре окулистом выявлена гипертоническая ангиопатия, которая была подтверждена при повторном осмотре. При обследовании установлено, что АД 140/90 мм.рт.ст, повторное измерение через неделю – 145/90 мм.рт.ст. В анализах крови не обнаружено повышение уровня сахара, холестерина, в анализах мочи нет белка; повышен уровень креатинина, мочевины

Вопросы:

1. Каковы ваши дальнейшие действия по обследованию?
2. Имеется ли необходимость медикаментозного лечения?

Задача № 28. Раздел 1 Кардиология

Пациент М, 47 лет жалуется на давящие боли за грудиной во время волнения, психоэмоционального напряжения, купируются спонтанно или приемом нитроглицерина, однако больной может выполнять большую физическую нагрузку без приступа стенокардии или одышки. АД – 150/90 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз. Механизм развития загрудинных болей в данной ситуации?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какие медикаментозные препараты вы предложите?

Задача № 29. Раздел 1 Кардиология

Мужчина 60 лет, находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались.

На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал диротон, конкор и аспирин. На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом. ЧСС – 82 уд/мин, АД – 120/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

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

Задача № 30. Раздел 1 Кардиология

Мужчина, 49 лет. Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации.

При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст. Тоны сердца ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД = 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 7 день заболевания, после обеда, состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухлость шейных вен, АД - 90\50 мм. рт. ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца появился грубый пансистолический шум в III-IV межреберье, протодиастолический ритм галопа. В процессе наблюдения за больным выявлена гепатомегалия, отеки нижних конечностей.

Вопросы:

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

Задача № 31. Раздел 1 Кардиология

У мужчины, 75 лет, в течение 2 лет появились головокружения, слабость, эпизоды «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные обморочные состояния, дважды регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 50-52 уд/мин., ГЛЖ

Вопросы:

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

Задача № 32. Раздел 1 Кардиология

Мужчина, 46 лет находится на лечении в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда выявлен случайно. Обратился в поликлинику через 2 дня после приступа загрудинных болей, где после записи ЭКГ диагностирован ост-

рый без Q инфаркт миокарда передне-перегородочной области и верхушки. По ЭКГ: ширина комплекса QRS не изменена. На 14-ый день возник интенсивный приступ загрудинных болей с иррадиацией в обе руки, сопровождающийся резкой слабостью, холодным липким потом.

Объективно: кожные покровы холодные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст.

По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 98 в минуту. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз? Какие исследования следует провести в динамике?
2. Какое лечение необходимо назначить данному больному?
3. Тактика ведения данного больного

Задача № 33. Раздел 1 Кардиология

Пациент, 55 лет впервые в жизни после стресса почувствовал разрывающую жгучую боль за грудиной, сопровождающуюся чувством нехватки воздуха, тошнотой. Бригада СМП прибыла через 30 минут после вызова.

По ЭКГ: синусовая брадикардия с частотой 50 в минуту. В отведениях II, III, aVF подъём сегмента ST выше изолинии на 3 мм с зубцом Т (+) в отведениях III, aVF комплекс Qr. В отведениях I, V₁-V₂ высокий зубец R. Врачом скорой помощи были назначены аспирин 250 мг, морфин 1%-1.0 мл + 9 мл 0,9% NaCl в/в, изокет-спрей 2 дозы сублингвально, изокет 20 мг в/в струйно медленно.

При поступлении в стационар - болевой синдром купирован, беспокоит чувство нехватки воздуха, тошнота.

Объективно: набухлость шейных вен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ясные.

ЭКГ в стационаре: ритм синусовый, ЧСС 62 в минуту. PQ – 0,28 сек. Сохраняются подъёмы сегмента ST с (+) зубцом Т и комплекс Qr в отведениях II, III, aVF. В грудных отведениях RV₁-RV₂ сегмента ST ниже изолинии на 3 мм с высоким зубцом Т

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Оцените изменения на ЭКГ?
3. Чем обусловлено развитие одышки?
4. Оцените лечение, проведенное на догоспитальном этапе?

Задача № 34. Раздел 1 Кардиология

Больная Т., 54 лет. В течение 30 лет диагностируется с синдромом WPW с пароксизмами реципрокной ортодромной тахикардии. Раньше приступы были редкие, хорошо купировались вагусными приемами или кордароном. Последние 5 лет приступы участились. Для профилактики приступов тахикардии больной был назначен кордарон, который она принимает постоянно более 4 лет в поддерживающей дозе 200 мг/сутки. В течение 2 месяцев отмечает сердцебиение, короткие приступы учащенного сердцебиения, потливость, тяжесть в правом подреберье, тремор рук, быструю смену настроения, похудела на 5 кг. Кордарон для купирования приступов неэффективен.

Вопросы:

1. Какие осложнения развились у больной?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения?
3. Назначьте лечение?
4. Методы терапии и ведения больной в данной ситуации?

Задача № 35. Раздел 1 Кардиология

Больной 69 лет, около 10 лет отмечает редкие боли за грудиной при интенсивной работе на садовом участке, быстро проходящие в покое, иногда перебои в работе сердца. Последние две недели перебои в работе сердца стали постоянными, появилась одышка при ходьбе.

При осмотре кожные покровы без особенностей, в лёгких хрипов нет, ЧДД- 17 в минуту, границы относительной тупости сердца расширены влево на 1 см, тоны сердца аритмичны с ЧСС - 94 в минуту, пульс – 80 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст.

По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны, ЧСС – 102-114 в мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?
4. Показана ли антикоагулянтная терапия после восстановления синусового ритма?

Задача № 36. Раздел 1 Кардиология

У больного, 60 лет с острым инфарктом миокарда и перманентной фибрилляцией предсердий на ЭКГ в отведениях I, III, aVF регистрируется подъем ST с (+) T, интервалы RR равны, частота желудочковых сокращений – 40 в минуту, волны фибрилляции предсердий, выраженные в III, V1-V2 отведениях, QRS – 0,12 секунд.

Вопросы:

1. Укажите локализацию инфаркта миокарда?
2. Какое осложнение инфаркта миокарда возникло у больного?
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

Задача № 37. Раздел 1 Кардиология

Пациент В., 45 лет, перенесший геморрагический инсульт, страдающий артериальной гипертензией, поступил в стационар для обследования и дальнейшего лечения. В течение 10 отмечает повышение АД в основном до 170/100 мм.рт.ст. Постоянную антигипертензивную терапию не получал, иногда принимал капотен. Полгода назад внезапно утром появилась нечеткость речи. Спустя несколько часов присоединилась слабость в правой кисти. АД при измерении составило 190/110 мм.рт.ст. Был госпитализирован. После окончания стационарного лечения больной был выписан с улучшением, объем движений в конечностях увеличился, речевые нарушения полностью прошли. Диагноз при выписке: острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Было рекомендовано лечение биспролол 10 мг/сутки и эналаприл 20 мг по 1 таб. 2 раза в день; дважды в год - курсы лечения вазоактивными и нейротрофическими препаратами. АД стабилизировалось на цифрах 130-140/90 мм.рт.ст. Однако стал отмечать урежение частоты сердечных сокращений до 50 ударов в мин., что сопровождалось слабостью. Спустя месяц появился сухой кашель. АД вновь повысилось до 160/95 мм.рт.ст. Для дальнейшего лечения вновь был госпитализирован.

Вопросы:

1. Какой препарат спровоцировал у больного приступы кашля?
2. Методы обследования данного больного?
3. Какие рекомендации по немедикаментозному лечению вы можете предложить?

Задача № 38. Раздел 1 Кардиология

Больной, 60 лет, в течение последних 3 дней отмечает сжимающие, жгучие боли за грудиной при ходьбе, длительностью до 10-15 минут, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией шеи, нижнюю челюсть, левую руку, длительностью около часа. По ЭКГ на дому: ритм синусовый с ЧСС 72 в минуту. В отведениях II, III, aVF, V₅-V₆ подъем сегмента ST до 5,0 мм., депрессия ST в I, AVL.

Доставлен в отделение кардиореанимации через 2 часа от начала симптомов заболевания. Жалобы при поступлении на выраженную слабость. Объективно: заторможен, на вопросы отвечает односложно, медленно. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. АД 80/60 мм.рт.ст. ЧСС 116 в минуту. Тоны сердца ритмичные.

Вопросы:

1. Как оценить симптомы, появившиеся неделю назад и ночной приступ болей?
2. Сформулируйте клинический диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить данному больному?
4. Показана ли пациенту антитромботическая терапия? Определите выбор терапии

Задача № 39. Раздел 1 Кардиология

Вы врач приемного отделения. Вечером вы обратили внимание на звук в коридоре, похожий на падение чего-то тяжелого, вышли посмотреть и увидели лежащего на полу человека. Это мужчина, около 40-45 лет, одет в пальто, шапку, сапоги. Лежит лицом вниз, руки раскинуты в стороны.

Объективно: кожа и слизистые цианотичны. Пульсация на шейных артериях отсутствует. Зрачок слегка расширен, реакция на свет замедлена, АД не определяется. Эскурсии грудной клетки нет. Дыхание не выслушивается. Трупных пятен нет. Мышечный тонус отсутствует, непроизвольное мочеиспускание. На болевые раздражители реакции нет. Кожа на ощупь теплая. Признаков внешних повреждений нет.

Позже, рядом с мужчиной найдена сумка с документами. В сумке - выписка из истории болезни, где сказано, что пациент недавно проходил лечение в кардиологическом диспансере с диагнозом: ГБ. Пароксизмальная рецидивирующая форма ФП. Рекомендован прием этацизина, который вероятно мужчина принимал для купирования приступов. Найдена ЭКГ, на которой ПБПНПГ, подъем сегмента ST, T (-) в V1-V3, PQ – 0,24 сек.

Вопросы:

1. Объясните ситуацию
2. Поставьте диагноз
3. Что могло спровоцировать данное состояние
4. Этиология данного заболевания
5. Неотложная помощь

Задача № 1. Раздел 2. Пульмонология

Больному идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА), доказанным с помощью цитологического анализа бронхоальвеолярной жидкости, назначен преднизолон в суточной дозе 80 мг. Через 3 месяца лечения остается одышка при малейшей физической нагрузке.

1. Какова (каковы) возможная причина отсутствия улучшения состояния больного?

Варианты:

- 1) резистентность заболевания к лечению;
 - 2) недостаточная доза глюкокортикоидов;
 - 3) недостаточная длительность лечения;
 - 4) развитие "стероидной" миопатии.
2. Какие методы повышают активность терапии?

Задача № 2. Раздел 2. Пульмонология

Женщина 30 лет. Жалобы на сухой кашель, слабость, субфебрилитет. Выявлено увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов (ЛУ), а при рентгенологическом исследовании - увеличение бронхопульмональных ЛУ. Анализ крови: Hb -115 г/л, Л-8,0x10⁹/л, П - 7%, Э -2%, С -75%, Лимф -10%, М - 6%, СОЭ- 35 мм/ч.

Туберкулиновые пробы (реакции Манту) отрицательные. Для уточнения диагноза проведена биопсия ЛУ.

Наиболее вероятно наличие у больной:

Варианты:

- 1) саркоидоза;
- 2) туберкулеза внутригрудных ЛУ;
- 3) хронического лимфолейкоза;
- 4) лимфогранулематоза.

Задача № 3. Раздел 2. Пульмонология

Рациональная антибактериальная терапия (АТ) должна быть не только эффективной, но и приемлемой с экономической точки зрения.

Каковы пути снижения стоимости АТ при сохранении ее высокой эффективности?

Варианты:

- 1) предпочтителен парентеральный путь введения препаратов с целью сокращения сроков лечения;
- 2) парентеральный путь с последующим переходом на пероральное лечение;
- 3) применение генерических препаратов;
- 4) выбор для лечения относительно дешевого препарата.

Задача № 4 . Раздел 2. Пульмонология

Мужчина, 55 лет. Доставлен в отделение интенсивной терапии с выраженной одышкой, малопродуктивным кашлем. Длительно страдает хроническим обструктивным бронхитом, эмфиземой легких, хронической дыхательной недостаточностью. Объективно: цианоз, ЧДД – 22/мин в покое, ОФВ1 - 50% от должного, рСО₂ - 55 мм. рт. ст., рО₂ - 50 мм. рт. ст. Начата оксигенотерапия, рСО₂ увеличилось до 60 мм. рт. ст.

В данной ситуации рекомендуется:

Варианты:

- 1) прекратить оксигенотерапию;
- 2) назначить препараты теофиллина внутривенно, глюкокортикоиды;
- 3) бронхоальвеолярный лаваж;
- 4) назначить стимуляторы дыхательного центра.

Задача № 5. Раздел 2. Пульмонология

У больного, длительно страдающего хроническим обструктивным бронхитом, усилилась одышка, ухудшилось отхождение светлой, густой мокроты.

Рентгенологические признаки эмфиземы легких. ОФВ1 - 60% от должного. Анализ крови без особенностей.

Какой (какие) метод лечения может быть оправдан в данной ситуации?

Варианты:

- 1) ацетилцистеин внутрь;
- 2) антибиотики макролидной группы;
- 3) ингаляции трипсина;
- 4) ингаляции ипратропиум бромид (атровента).

Раздел 2. Пульмонология

Задача № 6. Раздел 2. Пульмонология

Какое (какие) утверждение относительно саркоидоза легких неверно?

Варианты:

- 1) всегда сочетается с поражением внутригрудных лимфатических узлов (ЛУ);
- 2) часто осложняется плевритом;

- 3) основными клеточными элементами в бронхоальвеолярной жидкости являются лимфоциты;
- 4) во всех случаях легочного саркоидоза показано раннее назначение глюкокортикоидов, что улучшает прогноз заболевания.

Задача № 7. Раздел 2. Пульмонология

Мужчина, 40 лет, работник деревообрабатывающего комбината, в течение нескольких месяцев отмечает нарастающую одышку, непродуктивный кашель.

Анамнез без особенностей, не курит. Аускультативно: крепитация в заднебазальных отделах с обеих сторон. Рентгенологически выявлены двусторонние сетчато-нодулярные изменения с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах. С диагностической целью предполагается исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости (БАЛЖ).

1. Вероятный диагноз?
2. Наиболее вероятно, что при цитологическом исследовании БАЛЖ будет выявлено увеличение количества:
 - 1) нейтрофилов;
 - 2) эозинофилов;
 - 3) альвеолярных макрофагов;
 - 4) лимфоцитов.

Задача № 8. Раздел 2. Пульмонология

Женщина, 25 лет. Диагноз: Плевральный выпот неясной этиологии. Произведен торакоцентез с диагностической целью. После исследования плеврального выпота (ПВ) получены следующие результаты: а) содержание белка в ПВ - 3 г/100 мл при уровне белка в сыворотке 7 г/100 мл; б) содержание ЛДГ в ПВ - 286 МЕ/л; в) соотношение ЛДГ ПВ / ЛДГ в сыворотке - 0,5; г) уровень глюкозы в ПВ - 120 мг/100 мл; д) рН ПВ - 7,41.

Проведите дифференциальный диагноз жидкости в полости плевры.

Задача № 9. Раздел 2. Пульмонология

Больной К., 56 лет, каменщик, поступил в клинику с жалобами на кашель и обильное выделение гнойной мокроты по утрам, одышку, учащенное сердцебиение, субфебрильную температуру. Страдает заболеванием легких с 23 лет после перенесенной двусторонней пневмонии. Обострения ежегодно, затяжные, в холодное время года, по поводу которых неоднократно лечился в стационарах. Последние ухудшение полгода, беспричинное; состояние осложнилось появлением отеков нижних конечностей, головной боли, повышением АД. Много курит, злоупотреблял алкоголем.

При осмотре состояние средней тяжести, в положении сидя поза вынужденная, с фиксированным плечевым поясом и опорой на руки. В дыхании участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Лицо одутловатое, кожа серо-землистого цвета, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Пальцы имеют форму барабанных палочек, ногти - в виде часовых стекол. Грудная клетка бочкообразная, нижнелатеральные ее отделы симметрично отстают при дыхании. Перкуторно над легкими коробочный звук, в нижних отделах - тимпанический. При аускультации - дыхание с удлиненным выдохом, множество рассеянных разнотональных сухих хрипов, нестойких мелкопузырчатых влажных хрипов. В нижнелатеральных отделах с двух сторон выслушиваются стойкие звонкие средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. I тон над верхушкой сердца ослаблен, акцент II тона над легочным стволом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделяется до 200 мл трехслойной мокроты с прожилками крови.

Анализ крови: Нb - 100 г/л, эр. - 3×10^{12} /л, л. - $7,8 \times 10^9$ /л, п. - 3,5%, с. - 46%, э. - 2,5%, лимф. - 34%, мон. - 14%, СОЭ - 54 мм/ч.

Анализ мочи: количество - 150 мл, отн. плотность - 1,008, реакция кислая, белок - 24 г/л, лейкоциты до 20, эритроциты - 0-2-5, цилиндры гиалиновые - единичные в препарате, восковидные - 6-10, зернистые - 2-5 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 30 г/л (норма - 60-80 г/л), остаточный азот - 120,12 ммоль/л (норма - 14,28-28,56 ммоль/л), холестерин - 7,8 ммоль/л (норма - 3,9-5,2 ммоль/л), креатинин - 10,6 мкмоль/л (норма - 0,88-1,76 мкмоль/л), клубочковая фильтрация - 26 мл/мин (норма - 65-125 мл/мин).

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, рисунок деформирован, в области нижних сегментов легких с обеих сторон имеет ячеистое строение. Свежих очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено.

На ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка, синусовая тахикардия.

Выберите 1-3 правильных ответа на вопросы:

1. Каким заболеванием страдает пациент?

а) абсцесс легкого; б) бронхиальная астма; в) бронхоэктатическая болезнь; г) эмфизема легких.

2. Какие исследования позволяют поставить диагноз с большей достоверностью?

а) рентгеновские исследования легких; б) исследование функции внешнего дыхания; в) бронхоскопия; г) бронхография.

3. Какие осложнения заболевания легких развились у больного?

а) абсцесс легкого; б) легочно-сердечная недостаточность; в) хроническое легочное сердце;

г) амилоидоз почек.

4. Какие профилактические мероприятия могут наиболее эффективно предотвращать развитие осложнений этого заболевания легких?

а) хирургическое лечение;

б) пероральная и парентеральная антимикробная терапия;

в) лечебная бронхоскопия;

г) позиционный дренаж бронхиального дерева.

Задача № 10. Раздел 2. Пульмонология

68-летнему больному стероидзависимой бронхиальной астмой в связи с ухудшением состояния после перенесенной бронхолегочной инфекции назначены ингаляции бекломета с целью снижения дозы пероральных глюкокортикоидов (у больного выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс с признаками эрозивного эзофагита). Начальная доза бекломета составила 800 мкг, а в последующем в связи с неэффективностью была увеличена до 1200 мкг в сутки. Однако остается высокая потребность в ингаляциях В2-агонистов.

Какова (каковы) причина неэффективности ингаляционных глюкокортикоидов в данной ситуации?

Варианты:

1) перенесенная инфекция дыхательных путей;

2) недостаточное поступление препарата в дистальные отделы бронхов;

3) недостаточная доза бекломета;

4) наличие желудочно-пищеводного рефлюкса.

Задача № 11. Раздел 2. Пульмонология

22-летний мужчина госпитализирован с жалобами на сухой кашель, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$. При осмотре обнаружено увеличение шейных, подмышечных и затылочных лимфатических узлов. При рентгенографии выявлено

усиление легочного рисунка. В течение 2 недель проводилась терапия ампициллином без существенного эффекта.

Какие положения правильные?

Варианты:

- а) причиной пневмонии, вероятнее всего, является цитомегаловирус;
- б) для установления этиологии пневмонии необходимо исследовать мокроту;
- в) при исследовании крови может быть обнаружено снижение числа Т-хелперов и соотношения Т-хелперы / Т-супрессоры;
- г) пневмония может осложниться абсцедированием;
- д) прогноз неблагоприятный.

Задача № 12. Раздел 2. Пульмонология

Больная М., 26 лет, жалуется на повышение температуры до 38^оС, непродуктивный кашель, боли при дыхании справа. При рентгенологическом исследовании выявлен плевральный выпот (ПВ). В крови: снижение Нв до 90 г/л, ретикулоцитоз (30%), тромбоцитопения (90х10⁹/л). Лечение антибиотиками (цефуроксим) неэффективно.

Какой из диагностических методов исследования может быть наиболее информативным в данной ситуации?

Варианты:

- а) исследование плеврального выпота;
- б) рентгенотомографическое исследование легких;
- в) исследование в крови антител к микоплазме;
- г) исследование костного мозга;
- д) исследование в крови антинуклеарных антител.

Задача № 13. Раздел 2. Пульмонология

52-летний мужчина в течение 5 лет страдает атопической бронхиальной астмой. Приступы возникают в основном при физической нагрузке. Год назад перенес острый инфаркт миокарда, после которого беспокоят приступы стенокардии напряжения.

Какому препарату следует отдать предпочтение при лечении бронхиальной астмы?

Варианты:

- а) беротек;
- б) атровент;
- в) нифедипин;
- г) теопэк;
- д) эуфиллин.

Задача № 14. Раздел 2. Пульмонология

Больной К., 24 лет, доставлен в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в подмышечную область, под правую лопатку и в верхнюю часть живота, одышку. Боли появились внезапно во время игры в футбол. При поступлении состояние тяжелое. Диффузный цианоз. Дыхание усиленное, напряженное 30 в мин. Тело покрыто потом, пульс 110 ударов в мин., нитевидный. Шейные вены набухшие. Справа грудная клетка расширена, межреберья сглажены. При перкуссии легкий коробочный звук, дыхание везикулярное, ослаблено. Слева - легочной звук. Печень выходит из-под реберного края на 4 см.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Каковы возможные причины возникновения данного заболевания?
3. Назовите осложнения при этом заболевании.
4. Укажите лечебные мероприятия.

Задача № 15. Раздел 2. Пульмонология

Больная, страдающая хроническим обструктивным бронхитом, получает эритромицин в связи с обострением заболевания, на фоне которого участились пароксизмы наджелудочковой тахикардии, появились признаки сердечной недостаточности.

Назначение какого (каких) препарата может привести к усилению его (их) токсичности?

Варианты:

- 1) антикоагулянт типа варфарина;
- 2) теофиллин;
- 3) дигоксин;
- 4) антиаритмический препарат типа дизопирамида.

Задача № 16. Раздел 2. Пульмонология

Больной, 24 года, ранее считавший себя здоровым, при подъеме тяжести почувствовал резкую боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком дыхании. Появились болезненный сухой кашель и одышка.

Объективно: положение ортопное, серый цианоз, ЧДД - 38 в мин. Грудная клетка слева увеличена в объеме, межреберные промежутки расширены. Перкуторно слева тимпанический звук, голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 уд. в мин. АД - 100/60 мм. рт. ст.

1. О каком состоянии идет речь?
2. Какие выделяют варианты описанного состояния и их патогенез?
3. Какие дополнительные методы исследования могут уточнить предположительный диагноз и ожидаемые результаты?
4. Назначьте лечение.

Задача № 17. Раздел 2. Пульмонология

В какой (каких) ситуации наиболее целесообразно назначение цефалоспоринов II поколения для лечения или профилактики инфекций?

Варианты:

- 1) внебольничная пневмония нетяжелого течения у 5-летнего ребенка;
- 2) внебольничная пневмония среднетяжелого течения у пожилого больного, страдающего хроническим обструктивным бронхитом;
- 3) урогенитальная инфекция у беременной, страдающей артритом;
- 4) предстоящая операция гемиколэктомии у больного раком слепой кишки.

Задача № 18. Раздел 2. Пульмонология

К вам в отделение неотложной помощи поступил бездомный алкоголик с жалобами на кашель, озноб, плевральную боль в груди и затруднение дыхания. На рентгенограмме грудной клетки выявлена правосторонняя верхнедолевая пневмония.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя:
А. *Klebsiella pneumoniae*;
Б. *Escherichia coli*;
В. *Haemophilus influenzae*;
Г. *Pneumococcus*;
Д. *Parainfluenza*;
2. Назначьте соответствующую антибактериальную терапию.

Задача № 19. Раздел 2. Пульмонология

Курящий молодой человек жалуется на кровохарканье. При лабораторном обследовании выявлены незначительная анемия и микрогематурия.

1. Выберите наиболее вероятный диагноз:
 - А. злокачественная опухоль;
 - Б. абсцесс легкого;
 - В. артериовенозная аномалия;
 - Г. туберкулез;
 - Д. синдром Гудпасчера;
2. Ваша лечебная тактика.

Задача № 20. Раздел 2. Пульмонология

Ранее ничем не болевший 27-летний мужчина поступил в отделение неотложной помощи с жалобами на сильный озноб, лихорадку и влажный кашель в течение 4 дней. Отмечает быструю утомляемость и одышку при движении. Мокрота вязкая, обильная, имеет ржавую окраску. Рентгенограмма грудной клетки выявила инфильтрацию нижней доли слева.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя в данном случае пневмонии:
 - А. *Haemophilus influenzae*;
 - Б. *Klebsiella pneumoniae*;
 - В. *Staphylococcus aureus*;
 - Г. *Streptococcus pneumoniae*;
 - Д. *Streptococcus viridans*.
2. Назначьте антибактериальную терапию.

Задача № 21. Раздел 2. Пульмонология

68-летний мужчина предъявляет жалобы на кашель, лихорадку, слабость и плевральную боль в груди. На рентгенограмме выявлена инфильтрация правой верхней доли с правосторонним выпотом в плевральную полость. Пациент страдает алкоголизмом, в анамнезе хроническое обструктивное заболевание легких.

1. Выберите наиболее вероятного возбудителя в данном случае:
 - А. *Haemophilus influenzae*;
 - Б. *Klebsiella pneumoniae*;
 - В. *Staphylococcus aureus*;
 - Г. *Streptococcus pneumoniae*;
 - Д. *Streptococcus viridans*.
2. Определите лечебную тактику.

Задача № 22. Раздел 2. Пульмонология

74-летняя женщина с гипертензией в анамнезе жалуется на лихорадку, выраженную слабость, нарушения психического состояния. Ее муж рассказал, что у нее снижение аппетита, головная боль, непродуктивный сухой кашель и диарея. При объективном осмотре выявлена температура тела – до 39,6°C, пульс – 126 ударов в минуту, частота дыхания – 34 в минуту, АД – 130/84 мм рт.ст. Больная заторможена и сонлива. При перкуссии выявлены рассеянные хрипы в легких. Лейкоцитоз – 11,2x10⁹ /л. При окрашивании по Грамму в мокроте выявлена смешанная флора. На рентгенограмме грудной клетки – двусторонняя пятнистая несегментарная петехиальная инфильтрация.

1. Укажите наиболее вероятного возбудителя.
 - А. *Pneumocystis carinii*;
 - Б. *Legionella pneumophila*;
 - В. *Mycobacterium tuberculosis*;
 - Г. *Mycoplasma pneumoniae*;
 - Д. *Streptococcus pneumoniae*.
2. Какой внутривенный антибиотик следует назначить в начале лечения?
 - А. азтреонам;
 - Б. эритромицин;

- В. цефтриаксон;
- Г. аминогликозид;
- Д. пенициллин.

Задача № 23. Раздел 2. Пульмонология

В приемное отделение поступила 38-летняя женщина с жалобами на внезапное появление острой плевральной боли 6 часов назад. Лихорадку, озноб, кашель, одышку пациентка отрицает. В анамнезе перелом левого надколенника и недавно проведенная по этому поводу операция. Нога пациентки до сих пор в гипсовой повязке. Единственный препарат, который она принимает, это оральные контрацептивы. При объективном осмотре выраженной слабости нет. АД – 118/72 мм рт.ст., пульс – 100 ударов в минуту, ЧД – 18 в минуту, температура тела – 38,0оС. За исключением гипсовой повязки, объективные данные без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки и ЭКГ нормальные, кроме умеренной тахикардии. Результат вентиляционно-перфузионного исследования легких – в пределах нормы.

Ваши дальнейшие действия?

- А. никаких действий; выписка пациентки с последующим контролем состояния;
- Б. доплерография периферических вен;
- В. комплексная плетизмография;
- Г. ангиография легочных сосудов;
- Д. никаких действий; введение гепарина и госпитализация.

Задача № 1. Раздел 3. Ревматология

Больная Ж., 62 лет, предъявляет жалобы на постоянные боли в коленных суставах, голеностопных, суставах стоп, усиливающиеся при физических нагрузках, утреннюю скованность в течение 20 минут, узловатую деформацию суставов кистей.

Больна с 52 лет, когда впервые появились боли в суставах во второй половине дня после физической нагрузки. Лечилась ежегодно с клиническим эффектом. Ухудшение в течение последнего года, связывает с повышением массы тела.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Походка шатающаяся. Ходит с тростью. Сознание ясное. Повышенного питания (индекс Кетле – 37 кг/м²). Кожные покровы физиологической окраски. Высыпаний нет. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный. Отеков нет. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Локальный статус: Амiotрофия. Ограничение движений в мелких суставах кисти (не может свести кисть в кулак), в лучезапястных суставах (сгибание, разгибание резко ограничены, болезненные), локтевых суставах (угол сгибания 60°, угол разгибания 170°), шейном отделе позвоночника (наклоны в бок, повороты в стороны), в тазобедренных суставах (внутренняя ротация < 15°), коленных суставах (угол сгибания 60°, угол разгибания 170°), голеностопных суставов (объем активных и пассивных движений резко ограничен). Деформация и дефигурация коленных и голеностопных суставов (genu valgum, hallux valgus), болезненность и крепитация при движении в коленных суставах. Узелки Гебердена, Бушара. «Возрастная кисть».

Анализ крови: Нв - 130 г/л, лейкоц. - 8,0*10⁹/л, СОЭ - 15 мм/час, РФ-отриц., фибриноген - 4,5 г/л, СРБ-1 (+).

На Р-грамме коленных суставов - околосуставной остеопороз, субхондриальный остеосклероз, умеренное сужение суставной щели преимущественно с медиальной стороны на 2/3, множественные краевые остеофиты.

Клинический диагноз.

Какие необходимы для уточнения дополнительные методы исследования.

Лечение данного заболевания.

Задача № 2. Раздел 3. Ревматология

При проведении профилактического осмотра у юноши 15 лет был обнаружен систолический шум, выслушиваемый на верхушке сердца с иррадиацией вдоль грудины при отсутствии цианоза, деформации грудной клетки и каких-либо жалоб со стороны пациента. Юноша был направлен на обследование в кардиологический диспансер с диагнозом «врожденный порок сердца»? При расспросе больного было выявлено, что у него при физических нагрузках (бег, подъем тяжестей) возникали потемнение в глазах и головокружение, кратковременная потеря сознания, к которым молодой человек старался не привлекать внимания родителей и сверстников. Близкие родственники больного (мать, отец, брат) здоровы, но по материнской линии имелись случаи внезапной смерти в молодом возрасте среди родственников.

Объективное обследование: физически развит хорошо, деформации грудной клетки нет. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации выслушиваются грубый систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом на верхушке сердца, акцент 2 тона над легочной артерией. АД 90/70 мм.рт.ст. ЧСС 76 в минуту.

Инструментальные методы исследования:

1. На ЭКГ определяются патологические зубцы Q в отведениях I, AVL, V5-V6, особенность которых – большая глубина (до 8 мм) при малой ширине (не более 0,03 с.), подъем сегмента ST выше изолинии на 2мм в V1-V3.

2. На эхокардиограмме в одномерном режиме определяются резко выраженная гипертрофия межжелудочковой перегородки (до 35 мм), гипертрофия задней стенки левого желудочка (до 16 мм), резко уменьшенные размеры полости левого желудочка (конечный диастолический размер 29 мм, конечный систолический размер 14 мм), передняя створка митрального клапана касается межжелудочковой перегородки. В двухмерном режиме выявлены обструкция выносящего тракта левого желудочка, увеличение левого предсердия. В доплеровском режиме определяются струя регургитации в левое предсердие (недостаточность митрального клапана 3 степени), турбулентный систолический поток в проекции аортального клапана. Имеются признаки легочной гипертензии средней степени.

1. Ваше обоснование диагноза. Какие нарушения ритма выявляются при этой патологии.

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

3. Ваши рекомендации по лечению больного.

Задача № 3. Раздел 3. Ревматология

Больная Н., 35 лет, заболела 2 года назад после родов. Заболевание развивалось постепенно: в начальный период эпизодически после переохлаждения (полоскала белье в холодной воде) стали появляться боли в пальцах рук, их побеление или цианоз. В дальнейшем подобное явление стало повторяться и в связи с отрицательными эмоциями, переутомлением. Кроме того, появилось затруднение при глотании сухой пищи, необходимость запивать водой сухую еду, небольшая одышка при физической нагрузке, легкий сухой кашель. Поступила в стационар с целью обследования и установления диагноза.

При осмотре: лицо амимичное, при пальпации плотный отек кожи лица, рук, ног, передней брюшной стенки. Пальцы кистей (дистальные фаланги) резко цианотичны, деформация ногтевых фаланг 2 и 3 пальцев левой кисти. В нижних отделах легких при аускультации выслушиваются сухие хрипы. Со стороны системы кровообращения и желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено.

Рентгенография грудной клетки: усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах (диффузный пневмосклероз).

Рентгенография кистей в прямой проекции: акроостеолит ногтевых бугристых 2 и 3 дистальных фаланг пальцев левой кисти.

9 12

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л. Лейкоциты $6,0 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, скорость оседания эритроцитов 38 мм/час, фибриноген 6,0 г/л, общий белок 75 г/л, альбумины 64%, α_1 -глобулины 4,2%, α_2 -глобулины 13%, γ -глобулины 7,0%, гамма-глобулины 26%.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз (клинические критерии).

Составьте план обследования больной.

С учетом патогенеза и клинических проявлений назначьте лечение.

Задача № 4. Раздел 3. Ревматология

Больная А 22 года. Обратилась к врачу-терапевту с жалобами на усиление одышки при ходьбе, а также на ее появление по ночам во время сна. Ухудшение самочувствия наступало постепенно, связать его ни с чем не может. Из анамнеза: многократно болела ангиной. 10 лет назад после перенесенной ангины лечилась в детском отделении стационара, после этого находилась под наблюдением детского ревматолога.

Объективно: кожа бледная, выраженный акроцианоз, частота дыхательных движений 20-21 в мин., дыхание жесткое, хрипов нет. Артериальное давление 115/75 мм. рт. ст., частота сердечных сокращений 82 ударов в минуту. При пальпации на верхушке сердца определяется диастолическое «кошачье мурлыканье», выявлен симптом Попова. При перкуссии: правая граница сердца определяется на 1-1,5 см. снаружи от правого края грудины, левая – на 0,5 см. кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя – верхний край третьего ребра. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные. Первый тон усилен с хлопающим оттенком, ритм «перепела», пресистолический шум, акцент II тона над легочной артерией. Печень не увеличена, отеков нет.

Лабораторно-биохимические данные: анализ крови : лейкоциты $5,0 \cdot 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов 7 мм/час, СРБ 0, фибриноген 2,5 г/л, общий белок 75 г/л, фракции: альбумины 61%, α_1 -глобулины – 4%, α_2 -глобулины – 7%, β -глобулины 12%, γ -глобулины – 16%, антистрептолизин 0 – отрицательно.

ЭКГ: ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси, зубец Р – 0,13 сек., в отведениях I и AVL его вершина расщеплена, желудочковый комплекс в отведениях V 1,2 – деформирован по типу rSr.

ЭХО-КГ: левое предсердие – 4,3 см., митральный клапан – площадь отверстия – 1,7 см². Аорта – 1,8 см², легочная артерия – 2 см, фракция выброса – 63%. Рентгенография органов грудной клетки: в прямой проекции: КТИ 47%, индекс Мура – 37%. В левой боковой проекции тень левого предсердия доходит до тени позвоночника.

Сформулируйте клинический диагноз и опишите возможные осложнения.

Укажите особенности гемодинамики при данном заболевании.

Предложите лечение данного заболевания, определите тактику ведения.

Задача № 5. Раздел 3. Ревматология

Больная Ж., 42 года. Госпитализирована с жалобами на утреннюю скованность в суставах в течение 4 часов, боли и отечность суставов кистей (проксимальные межфаланговые, пястнофаланговые), лучезапястных суставов, суставов стоп (плюснефаланговых) и коленных суставов, общую слабость, субфебрильную температуру. Больна с 18 лет, когда впервые появились боли и отечность проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. После проведенного лечения – стойкая ремиссия в течение 12 лет. С 30 лет после искусственного прерывания беременности обострения возникают ежегодно. Постепенно в процесс вовлекаются новые суставы, усиливается утренняя скованность. В течение 5 лет после лечения полная ремиссия не наступает, появилась стойкая деформация суставов.

Объективно: бледность кожных покровов, кожа в области кистей истончена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца тоны ритмичные, шумов нет. АД-120/80 мм. рт. ст., пульс – 82 в мин. Живот мягкий, б/болезненный, печень не увеличена.

Локальный статус: Деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, плюснефаланговые суставов стоп, болезненные при пальпации. Деформация и дефигурация коленных суставов, болезненность при пальпации, кожа над ними гиперемирована, повышена локальная температура. Ограничение движение в коленных суставах. Не сводит кисть в кулак.

Анализ крови - НЬ - 110 г/л, Le - 12×10^9 /л, СОЭ - 41 мм/ час, РФ -1:32, фибриноген - 6,0 г/л, СРБ -3,5 мг/дл, повышенный уровень Jg M.

На рентгенограмме кистей - диффузный остеопороз, уплотнены и утолщены мягкие периартикулярные ткани, сужены суставные щели, множественные эрозии (более 5) на суставных поверхностях пястных костей.

1.Клинический диагноз. 2. Какие характерные R-изменения суставов для данного заболевания выявлены у больной? 3. Назначьте лечение с учетом клинических проявлений.

Задача № 6. Раздел 3. Ревматология

Больная Д., 50 лет, работник молочной фермы, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность. Считает себя больной около 2 лет, когда после перенесенного «гриппа» (протекавшего в течение 2-3 недель в виде лихорадки с ознобами и выраженной потливостью) впервые стали беспокоить боли в суставах, временами повышалась температура тела до 37,5°. Ухудшение состояния наступило месяц назад: усилилась слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность. При осмотре состояние удовлетворительное. Больная эмоционально неустойчива, плаксива.

Кожа повышенной влажности, пальпируются безболезненные подмышечные и паховые л/у с величиной с боб. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются единичные безболезненные уплотнения размером с фасоль. Суставы внешне не изменены, но движения в голеностопных, коленных, локтевых, лучезапястных суставах ограничены из-за болезненности.

Предполагаемый диагноз.

Необходимые терапевтические воздействия.

Какие системы организма наиболее часто поражаются при данной нозологии?

Задача № 7. Раздел 3. Ревматология

Больная, 20 лет, студентка географического факультета. 1,5 года назад после турпохода во время летней практики появилась длительная лихорадка, ноющие боли в лучезапястных и голеностопных суставах, быстрая утомляемость, раздражительность, стала беспокоить бессонница, повышенная потливость. Лечилась самостоятельно. Связала свое состояние с простудным заболеванием. Принимала а/гриппин, после чего все жалобы исчезли. Через 1,5 года вновь появилась лихорадка до 38°C, полиартралгия, эритематозные высыпания на коже рук, грудной клетки (по типу «декольте»). Потеря веса на 10 кг в течение года, ломкость ногтей, выпадение волос.

На момент осмотра: кожные покровы бледные, эритематозная сыпь на коже рук и груди, отечность и гиперемия красной каймы губ, волосы на голове редкие, истонченные. Больная пониженного питания. Со стороны легких, сердца, органов брюшной полости - без видимой патологий. Анализ крови: Нв = 90г/л, эр = $2,5 \times 10^{12}$ /л, л = $3,2 \times 10^9$ /л, Тр = 120×10^9 /л, СОЭ = 50 мм/ч, общ. белок = 85 г/л, альб. = 56,6 % , глоб.-α1 = 4,2 % , α2 = 13%, β = 7,3%, γ = 26%.

Ваш предположительный диагноз. Какие симптомы, кроме указанных в задаче, могут встречаться при этом заболевании?

Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?

Перечислите наиболее тяжёлые поражения внутренних органов, осложняющие течение и прогноз заболевания.

Назовите средства патогенетической терапии этого заболевания.

Задача № 8. Раздел 3. Ревматология

Больная системной красной волчанкой с наличием волчаночного нефрита с клинико-лабораторными признаками активности III степени получает преднизолон внутрь в суточной дозе 60 мг. На фоне лечения остаются признаки активности, отмечено повышение уровня креатинина, артериального давления и уровня глюкозы в крови. При обсуждении программы дальнейшего ведения больной выберете из представленных рекомендаций правильную тактику и обоснуйте ее.

Пульс-терапия метилпреднизолоном

Продолжить лечение преднизолоном внутрь до 3-х месяцев

Переход на альтернирующий режим лечения из-за развития побочных эффектов

Назначение циклофосфида

Задача № 9. Раздел 3. Ревматология.

Больная К. 38 лет поступила в стационар с жалобами на утреннюю скованность в течение 3-4 часов, боли и отечность проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп, пястнофаланговых, плюснефаланговых, лучезапястных и коленных суставов обеих рук и ног, слабость, субфебрильную температуру.

Больна с 20 лет. Во время первой атаки болели проксимальные межфаланговые суставы обеих рук и ног. После проведенного лечения наступила стойкая ремиссия, продолжавшаяся 12 лет. С 32 лет, после искусственного прерывания беременности, обострения заболевания возникают ежегодно. Постепенно в процесс вовлекаются новые суставы, усиливается утренняя скованность. В последние 5 лет после лечения полная ремиссия не наступает, появилась стойкая деформация суставов.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов. Кожа на кистях истончена. Деформированы проксимальные межфаланговые суставы на правых и левых кистях и стопах, пястнофаланговые и плюснефаланговые суставы, правый и левый коленные суставы. Кожа над этими суставами теплая, гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца: тоны ритмичные, выслушивается два тона, на верхушке первый тон приглушен, шумов и акцентов нет. Артериальное давление 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Анализ крови: гемоглобин 110 г/л; лейкоциты $10 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ - 60 мм/час; рематоидный фактор положительный (титр 1/32), фибриноген 6 г/л, реакция на С-реактивный протеин положительная (+++), повышен уровень Jg M.

На рентгенограмме кистей - диффузный остеопороз, уплотнены и утолщены мягкие периартикулярные ткани, сужены суставные щели, эрозии на суставных поверхностях фаланг и головках пястных костей.

Оформить клинический диагноз соответственно международной классификации заболевания.

Перечислить возможные внесуставные поражения.

Отметить характерные рентгенологические изменения суставов.

Назначить лечение данной больной.

Задача № 10. Раздел 3. Ревматология.

В поликлинику обратился мужчина 67 лет с жалобами на повышение температуры тела по вечерам до 37,5 °, боли в коленных и голеностопных суставах, кожный зуд нижних конечностей, похудание на 3 кг в течение последнего месяца. Впервые повышение температуры и боли в суставах отметил 3 мес назад. К врачу не обращался, принимал парацетамол, найз. 1 мес назад появилась крапивница, сильный зуд, в связи с чем приём лекарств был прекращён.

Перенесённые заболевания: АГ с 54 лет, хронический некалькулёзный холецистит с 41 года.

Наследственность: не помнит.

Ранее аллергических реакций не отмечал.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. Лимфоузлы не пальпируются. Пальцы в виде барабанных палочек. Отёков нет. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС=69 в мин, АД= 140/90 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Полный анализ крови: НЬ - 105г/л, Эр- 4,2* 10 /л, Le -14*10 /л, п/я- 5%, с/я - 60%, эоз. - 12%, лимф- 18%, мон. -5%,Тц - 400* 10 /л, СОЭ- 48 мм/ч Полный анализ мочи - без патологии.

Биохимический анализ крови: АЛТ- 32 Ед/л, АСТ – 27 Ед/л, фибриноген - 5,0 г/л, общий белок - 87 г/л, альбумины – 30 г/л, глобулины - 57 г/л; α_1 - 2,5%, α_2 -17,5%, β - 17,5%, γ - 28%. ЭКГ -без патологии.

Какие группы синдромов можно выделить в описанной клинической ситуации?

С какими группами заболеваний следует проводить дифференциальный диагноз? Ваше обоснование.

К каким специалистам требуется направить больного для постановки диагноза?

Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?

Дайте определение паранеопластическому синдрому, каков механизм его развития?

Какие проявления, кроме описанных, могут при этом наблюдаться?

Задача № 11. Раздел 3. Ревматология.

Больной Е, 37 лет, поступил в терапевтическое отделение. Основными жалобами при поступлении были слабость, головокружение, ознобы, повышение температуры до 39 °С. Больной страдает хроническим алкоголизмом, после 4-месячного запоя обратился в наркологическую больницу г. Москвы и врачом приемного отделения направлен в стационар. Общая слабость и слабость в нижних конечностях беспокоят достаточно давно, усилились на момент выхода из последнего запоя, т.е. когда больной критически оценивал свое состояние. Снижение уровня НЬ отмечалось, со слов больного, при обследовании 1,5 года назад (были диагностированы ЖДА, хронический геморрой), в последующем не лечился. Повышение температуры тела с ознобами отмечает в течение 1,5 недель.

Состояние при осмотре расценивается как тяжелое. Температура тела 39,4 °С, озноб, резкая слабость, кожные покровы бледные, субэритематозность склер, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, короткий мезосистолический шум на верхушке. В динамике через 4 недели после поступления отмечено появление протодиастолического шума над аортой и в точке Боткина. ЧСС 100 в минуту, ритм правильный, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края правой реберной дуги по срединно-ключичной линии, пальпируется плотноватая безболезненная селезенка (при глубокой пальпации). В неврологическом статусе (конс. невролога) – полинейропатия алкогольного генеза.

В анализе крови : НЬ – 67 г/л, Эр – 2,1 * 10¹²/л, Л. – 17,7*10⁹/л, СОЭ 68 мм/ч. В биохимических анализах крови – общего белка 68 г/л, альбумин крови 32 г/л, сахар крови 6,8 ммоль/л, общий билирубин 38 ммоль/л, СРБ (++++). Повторные посевы крови на фоне

антибиотикотерапии не дали результата. В анализах мочи: белок – 0,33 г/л, эритроцитов – 30-40 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2-3. На ЭКГ – синусовая тахикардия, промежуточное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка. При УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепатомегалия, спленомегалия, признаки хронического панкреатита, почки не изменены. Сцинтиграфия почек: умеренное снижение выделительной функции обеих почек. Рентгенологически (обзорный снимок + прямые томограммы) органы грудной клетки без патологии, имеется увеличение паратрахеальных лимфатических узлов.

КТ органов грудной клетки и брюшной полости : с учетом клинко- лабораторных изменений КТ-картина может соответствовать цирротическим изменениям печени с развитием портальной гипертензии, гепатоспленомегалия, признаки хронического панкреатита. Органических изменений легких не выявлено, максимальные размеры внутригрудных лимфатических узлов – до 10 мм (данные за лимфопролиферативный процесс не получено). Сердце аортальной конфигурации, умеренно увеличено за счет левых отделов, перикард не утолщен, в полости его жидкости не отмечено.

Данные трансторакальной ЭХОКГ в динамике: на 5 день поступления – тахикардия, пролапс митрального клапана I степени; дистопированная хорда в полости левого желудочка; фракция выброса – 64%; митральная и трикуспидальная недостаточность I степени. На 10-й день поступления (более чем через месяц от начала заболевания): на задней створке аортального клапана визуализируются мелкие вегетации; полость левого желудочка расширена; признаки его объемной перегрузки; аортальная регургитация II степени.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические симптомы позволяют заподозрить ИЭ ?
3. Какой метод исследования является определяющим для дифференциальной диагностики ИЭ?
4. Каковы предрасполагающие факторы к развитию ИЭ?
5. Какие внесердечные проявления возможны при ИЭ?
6. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать?

Задача № 12. Раздел 3. Ревматология.

Больной Я., 67 лет, преподаватель. С 30 летнего возраста стал отмечать сильную головную боль, возникающую преимущественно после эмоционального перенапряжения и локализованную в левой половине головы. Во время приступов головной боли АД оставалось нормальным. Пациент не обследовался, принимал анальгин, различные анальгетические смеси с хорошим эффектом. Работоспособность оставалась удовлетворительной.

Спустя 10 лет стали регистрироваться повышения АД до 150/90 мм.рт.ст. В возрасте 42 лет перенес острый инфаркт миокарда с зубцом Q, в тот же период впервые однократно отмечено появление «бурой» мочи. Не обследовался; приступы головной боли сохранялись, продолжал принимать большое количество анальгина. В середине 1980-х годов – рецидив стенокардии напряжения, приступы ее купировал короткодействующими нитратами. Сохранялась АГ; регулярной антигипертензивной терапии не получал. С 1992 года появилась перемежающаяся хромота; в 1994 г. – повторный ОИМ без зубца Q, с того времени - постоянная форма фибрилляция предсердий. Зависимость от неопиоидных анальгетиков сохранялась. В 2002 году повторно отмечено появление «бурой» мочи. Госпитализирован в клинику нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева ММА им. И.М. Сеченова. При поступлении – умеренный дефицит массы тела: ИМТ 17,0 кг\м², признаки синдрома перемежающейся хромоты, более выражены в правой ноге. Пастозность голеней. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные (мерцательная аритмия). АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. В моче – следы белка, эритроциты (до 70 в поле зрения). Относительная плотность мочи – 1007.

Констатированы умеренное повышение уровня креатинина в сыворотке крови (1,6 – 2,1 мг/дл), гиперкалиемия (максимально до 62 мэкв/л).

Микрогематурия, умеренная гиперкреатининемия и снижение относительной плотности мочи были расценены как проявление поражения почечного тубулоинтерстиция, что подтверждали результаты пробы Зимницкого (никтурия и изостенурия). Не противоречила предложению о преимущественно тубулоинтерстициальной нефропатии и гиперкалиемия, выраженность которой не вполне соответствовала степени почечной недостаточности.

При УЗИ и КТ почек отмечены уменьшение обеих почек, неровность их контуров, кальцинаты, кисты. Выявлена также аневризма брюшной аорты с переходом на бифуркацию; стеноз почечных артерий отсутствовал.

Этиология поражения требовала уточнения. При детальном рассмотрении анамнеза выявлен длительный стаж (30 лет) бесконтрольного приема неопиоидных анальгетиков; суммарная их доза составила около 30 кг. За время пребывания в клинике на фоне полной отмены этих препаратов удалось добиться нормализации сывороточной концентрации калия, уровень креатинина не нарастал.

Каков предварительный диагноз? Что относится к критериям «большого» анальгетического синдрома?

Каков механизм поражения почечного тубулоинтерстиция при воздействии неопиоидными анальгетиками и НПВП?

Каковы предрасполагающие факторы к ухудшению функции почек под действием неопиоидных анальгетиков?

Какие данные подтверждают предположение об анальгетической нефропатии?

Какова тактика лечения анальгетической нефропатии?

Задача № 13. Раздел 3. Ревматология

У больного П., 55 лет, длительно страдающего болезнью Бехтерева в последний месяц резко ухудшилось общее самочувствие, усилилась общая слабость, появились отеки на нижних конечностях. Ухудшился аппетит, сон, усилились головные боли.

Объективно: кожа бледная, пастозность лица, отеки на ногах, бедрах. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные 1 тон = 2 тон, акцент 2 тона над аортой. АД 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

Анализ мочи: удельный вес - 1020, белок 15 г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 4-5 в поле зрения, восковидные цилиндры - 2-3 в поле зрения.

1. Какое осложнение предполагается у больного?

2. Что послужило причиной развития данного синдрома.

Какие методы обследования явились наиболее информативными при постановке окончательного диагноза?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

Предложите терапию данного больного.

Задача № 14. Раздел 3. Ревматология

Больная П., 54 года, продавщица в плановом порядке поступила в терапевтическое отделение дневного стационара с жалобами на боли в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах. Боли по характеру ломящие, тупые, умеренные, имеется небольшая отечность. При ходьбе иногда имеется ощущение инородного тела в суставе, хруст. Так же присутствуют боли в поясничном отделе позвоночника при нагрузках, без иррадиации, ломящие, тупые. Периодические головные боли в затылочной области при повышении АД.

По данным анамнеза, болеет около 5 лет, заболевание началось с появлением болей в коленных суставах, затем присоединились боли в голеностопных, плечевых, локтевых, а по-

том и в мелких суставах кистей рук. Лечится регулярно с эффектом. Ухудшение в течение 1 месяца. АД повышается до 160-170/110 ммртст, гипотензивные препараты принимает нерегулярно. Была в контакте с больным туберкулезом на работе.

При физикальном обследовании выявлено: большая избыточность питания, болезненность при пальпации крупных суставов верхних и нижних конечностей, деформация, небольшая отечность, цвет кожных покровов в области суставов обычный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные приглушены 1 тон, акцент II тона на аорте, АД = 160/100 ммртст, ЧСС = 86 в мин. Анализы крови и мочи без патологии, на ЭКГ - гипертрофия левого желудочка. По данным рентгенографии признаки остеоартроза коленных, голеностопных суставов I ст.

За время лечения появились боли в эпигастрии через 30 мин после еды, ощущение тяжести в желудке.

Предварительный диагноз

Назначьте лечение

Какие дополнительные обследования необходимо провести.

Задача № 15. Раздел 3. Ревматология.

На приеме у участкового терапевта больной Б., 57 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение, ноющие боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке, дискомфорт в области желудка.

Известно, что 5 дней назад была тошнота, кал черного цвета трехкратно. Ноющие боли в суставе беспокоят в течение 10 дней. Самостоятельно принимал анальгин, найз многократно. Находится на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Объективно: Повышенного питания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, слабый систолический шум в I точке, АД-110/70 мм. рт.ст, ЧСС 86 в 1 минуту. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии.

St. lokalis: левый коленный сустав увеличен в объеме, гиперемированы кожные покровы над ним, горячий, болезненный при пальпации.

Анализ крови: Нв-86 г/л, лейкоциты - $9,4 \cdot 10^9$ /л, СРБ-0, мочева кислота - 0,8 ммоль/л.

Предварительный диагноз

Перечень необходимых исследований

Лечение

Задача № 17. Раздел 3. Ревматология.

Больная У., 65 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, боли в области правой лопатки при движениях и в покое, утреннюю скованность до 40 -60 мин., онемение кончиков пальцев. Зябкость кистей, периодическое повышение температуры тела до 37,5 °С, общую слабость, недомогание. Диагноз был установлен более 6 лет тому назад, терапия включала прием нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) и делагила. В последние 1,5 года перед госпитализацией в анализах крови постоянно выявлялась высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ – 50 -70 мм/час. Госпитализирована в связи с ухудшением общего состояния, в ходе обследования впервые в сыворотке крови обнаружены парапротеины. При объективном осмотре в клинике отмечались: отечность и болезненность при пальпации мелких суставов кистей и плюснефаланговых суставов стоп, ульнарная девиация, а также болезненность при сдавливании грудной клетки в передне-заднем направлении.

При исследовании периферической крови отмечались: умеренная нормохромная анемия, лимфоцитоз (56,5%), повышение СОЭ (68 мм/час). В моче был выявлен белок Бенс-Джонса. В биохимическом анализе крови – увеличение содержания креатинина (0,14 ммоль/л), снижение концентрации сывороточного железа (8,8 ммоль/л), общий белок -73 г/л. Уровень сиаловых кислот составлял 2,7 ммоль/л, СРБ (+++). ЦИК – 51 ед., ревматоид-

ный фактор отриц., IgA – 2,5 г/л, IgG 58,0 г/л, IgM -1,2 г/л. В протеинограмме был обнаружен парапротеин на фоне значительного увеличения содержания гаммаглобулинов (49,8%). При типировании парапротеина методом иммуноэлектрофореза был выявлен парапротеин IgG тип К (каппа).

В миелограмме отмечалось сужение миелоидного и эритроидного ростков гемопоэза на фоне значительного увеличения количества плазматических клеток (56,4%) с выраженным морфологическим атипизмом. Гистологическое исследование трепаната костной ткани из гребня подвздошной кости показало плазмоклеточный вариант миеломы. На рентгенограммах кистей и стоп: изменения, характерные для IV стадии ревматоидного артрита. На рентгенограммах черепа – остеопороз, участки деструкции костной ткани различных размеров (от 8 до 15 мм), мелкие очаги деструкции в костях лицевого черепа. При рентгенографии грудной клетки определялись – выраженный остеопороз ребер мелкими очагами деструкции и поперечный патологический перелом заднего отдела IV ребра слева.

Сформулируйте диагноз.

Какое исследование является наиболее информативным для постановки диагноза?

Какие изменения характерны для IV рентгенологической стадии ревматоидного артрита? Лечение.

Задача № 18. Раздел 3. Ревматология

Больная О., 31 года, поступила в стационар по поводу желтухи. Жалоб: беспокоят «летучие» боли в суставах верхних конечностей, одышка при ходьбе. Появление желтухи связывает с длительным пребыванием на солнце. Раньше также отмечала плохую переносимость инсоляции, на лице появлялся стойкий румянец. Похудела на 10 кг за последний год.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 38°C. Астеническая конституция. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричны. Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы диаметром 1-1,5 см, подвижные безболезненные. Суставы внешне не изменены. В легких дыхание жесткое, в правой подлопаточной области несколько ослаблено. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 102 уд/мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации левого подреберья. Печень не выступает из-под реберной дуги. Пальпируется нижний полюс селезенки, размеры 8*12 см.

Обследование: анализ крови: Нб – 110 г/л, лейкоциты – $3,2 \cdot 10^9$ /л, Э. – 2%, п/я – 6%, с/я – 72%, лимфоциты 18%, моноциты 2%, ретикулоциты – 20 %, тромбоциты $110 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час.

- Анализ мочи: удельный вес – 1015, белок 0,132 г/л, лейкоциты – 5-6 в п/зр, единичные эритроциты.

- непрямого билирубин – 32 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л.

- LE клетки(+), ревматоидный фактор отрицательный, проба Кумбса положительная.

- рентген грудной клетки: гомогенная тень в правом плевродиафрагмальном синусе.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

Задача № 19. Раздел 3. Ревматология

Больной 30 лет, поступил в ревматологическое отделение областного центра с жалобами на пятнистые высыпания на кистях, редкое повышение температуры до субфебрильных цифр, периодические ноющие боли коленных и локтевых суставов без покраснения и припухлости. Подобные жалобы в течение 1 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, на коже кистей мелкопятнистые высыпания, походка не изменена, суставы без видимых изменений, безболезненные при пальпации, движение в них удовлетворительное. Дыхание везикулярное, без хрипов. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧСС – 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные данные: эр. $4,1 \cdot 10^{12}/л$, НБ 110 г/л, лейкоц. $3,5 \cdot 10^9/л$, тр. – $110 \cdot 10^9/л$, СОЭ 35 мм/ч, ЛЕ клетки – большое количество в поле зрения (3хкратное увеличение). Иммунограмма: ЦИК больше 3.5 ЕД (резко повышен), титр комплемента – 0. IgA – 3,1 г/л, IgM – 1,2 г/л, IgG 30 г/л, СРБ – 6,4 нг/мл., антитела к ДНК – положительные, АНФ – мелкозернистое свечение 1:1024 (резкое положительное).

Утром больной жалуется на резкую слабость в правой руке, невозможность активных движений, отсутствие чувствительности в ней. Был проконсультирован неврологом. Проведено КТ головного мозга. Выявлено ОНМК в левой гемисфере по ишемическому типу с геморрагическим компонентом. Назначено лечение: глутилин, реополиглюкин. Через 5 дней отмечает слабость в левой руке. Отсутствие движений в ней. Больной находится в сопоре.

Предположите основной диагноз.

Дополнительные исследования.

лечение основного заболевания.

Какое развилось осложнение?

Лечение осложнения.

Задача № 20. Раздел 3. Ревматология

Больная Т., 42 лет, поступила в стационар с жалобами на утреннюю скованность, которая продолжается 1,5-2 часа, боли и отёчность в суставах кистей рук и стоп ног, коленных суставах обеих ног, общую слабость, быструю утомляемость, субфебрилитет в течение 3-4 последних месяцев.

Больной себя считает около 15 лет, когда впервые появились боли в проксимальных межфаланговых суставах кистей рук. После проведённого лечения наступила ремиссия в течение 7 лет. В дальнейшем в процесс вовлекались новые суставы, усилилась боль, увеличилась утренняя скованность.

В последние 8 лет стойкой ремиссии не наступает, появилась деформация по типу «бутоньерки» - ульнарная девиация проксимальных межфаланговых суставов, вальгусная деформация 1 пальца стопы обеих ног.

При объективном обследовании отмечается бледность кожных покровов, кожа на кистях истончена, атрофия межкостных мышц, наблюдается стойкая деформация суставов, кожа над ними теплая, гиперемированная. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 1 тон приглушен, шумов, акцентов нет. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс - 80 уд./мин. Живот мягкий б/б. Печень не увеличена. Отёков нет. С-м Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: Нв-120г/л., лейкоц.- $12 \cdot 10^9/л$., СОЭ-57мм/ч., фибр.-6г/л., СРБ (+++), ревматоидный фактор (титр 1/32), повышен уровень Ig M .

Rg кистей- диффузный остеопороз, уплотнение и утолщение периартикулярных тканей, сужение суставных щелей, эрозии на суставных поверхностях фаланг и головках пястных костей, подвывихи суставов кистей.

Оформить клинический диагноз.

Перечислите возможные поражения органов и систем при данной патологии.

Перечислите характерные изменения данной патологии, описанные на рентгенограмме.

Назначить лечение.

Задача № 21. Раздел 3. Ревматология

БОЛЬНАЯ Ф., 1932 г.р., наблюдается с диагнозом «системная склеродермия». Дебют заболевания характеризовался появлением синдрома Рейно с трофическими изменениями кожи кистей (изъязвления), постепенным развитием уплотнения, индурации кожного покрова и периартикулярных тканей с образованием симметричных сгибательных контрактур суставов 3,4 и 5-го пальцев обеих кистей. При проведении сцинтиграфии миокарда выявлено склеродермическое поражение сердца- очаговый фиброз. Проводимое лечение

Д-пеницилламином с постепенным наращиванием дозы до 1,5 г/сут не привело к замедлению прогрессирования болезни. При плановой госпитализации через 2 года в отд. нефрологии и ревматологии выявлена явная отрицательная динамика - появление маскообразности лица, «кисетного» рта, ухудшение внутрижелудочковой проводимости миокарда, снижение ЖЕЛ на 26% по сравнению с предыдущими данными. В последующем стали нарастать боли в мелких суставах кистей и стоп локтевых, лучезапястных, плечевых суставах, ухудшилась переносимость холода. Через 2 года пациентка отметила повышение температуры тела до фебрильной, появление выраженных болей в животе, нарушение моторики кишечника, вплоть до частичной кишечной непроходимости. Нарастали явления суставного синдрома, появилась утренняя скованность. Рентгенологически - классические изменения, характерные для серопозитивного эрозивного полиартрита (РА). Все это послужило основанием для пересмотра диагноза и лечения, т.к. прогрессировал не только суставной процесс, но системная склеродермия (поражение сердца, легких, особенно нарастали явления базального склероза, пищевода). Д-пенициллин, как базисная терапия, оказался не эффективным (дозу его снижали постепенно). Симптоматическая терапия (антагонисты кальция, трентал и др.) - оставлена. Был поставлен диагноз перекрестного синдрома: сочетание диффузной склеродермии и ревматоидного полиартрита.

- 1 Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план обследования для больных с системной склеродермией
3. Какие препараты можно назначить данной больной для проведения базисной терапии вместо неэффективного в этом случае Д-пенициллина.

Задача № 22. Раздел 3. Ревматология

Мужчина 25 лет жалуется на боли в поясничной области, области крестца, ягодиц, ахилловом сухожилии, проходящие после упражнений, массажа. Боли беспокоят в течение 3 лет, причём интенсивность их постепенно увеличивается. По словам больного, его отец страдал заболеваниями суставов. Объективно: температура тела 36,7°C. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание - везикулярное, хрипов нет. ССС - тоны ритмичные, шумов нет. ЧСС 68 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот - мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень и селезёнка - без патологии. Физиологические отправления не нарушены. При исследовании ахиллова сухожилия и возникли спонтанные боли.

ОАК: Нб- 120 г/л, Лейкоциты - 7,0х 10⁹/л, СОЭ - 36 мм/ч. ОАМ: лейкоциты 5-6 в п/зр.

Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений: симметричное эрозирование суставных поверхностей, сужение суставных щелей. В поясничном отделе позвоночника - тонкие линейные остеофиты.

Ваш предварительный диагноз. Какие лабораторно-инструментальные данные позволят подтвердить диагноз?

Определите тактику ведения и лечения больного.

Задача № 1. Раздел 4. Гастроэнтерология

У 42-летней больной циррозом печени в течение месяца значительно увеличился в объеме живот, появились признаки энцефалопатии, боли в животе, лихорадка.

Какие положения правильные?

- А. Асцит при циррозе печени не сочетается с плевральным выпотом.
- Б. У 8% больных с асцитом развивается спонтанный бактериальный перитонит.
- В. Методом выбора при лечении асцита является парацентез с удалением не менее 7 л жидкости.
- Г. Для исключения спонтанного бактериального перитонита показан диагностический парацентез в объеме 50 мл.
- Д. В развитии асцита играет роль снижение альбумина в сыворотке крови.

Задача № 2. Раздел 4. Гастроэнтерология

54-летней больной с язвенной болезнью, длительно принимающий альмагель, жалуется на боли в костях и прогрессирующую мышечную слабость.

Наиболее вероятная причина патологических симптомов?

- А. Синдром нарушенного всасывания.
- Б. Малигнизация язвы.
- В. Остеомаляция, вызванная алюминием.
- Г. Гипофосфатемия.
- Д. Интоксикация алюминием.

Задача № 3. Раздел 4. Гастроэнтерология

35-летняя женщина обратилась в клинику с жалобами на интенсивный кожный зуд. В крови – повышение активности щелочной фосфатазы в 8 раз, и аминотрансфераз в 2 раза. При биопсии печени выявлена лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов преимущественно вокруг желчных протоков, пролиферация эпителия желчных протоков, немногочисленные эпителиоидно-клеточные гранулемы рядом с измененными желчными протоками.

О каком заболевании идет речь? Какие положения, касающиеся данного заболевания, правильные?

- А. Характерно повышение Ig M сыворотки крови.
- Б. Может сочетаться с системной склеродермией.
- В. Показано назначение Д-пенициллина.
- Г. Частота обнаружения антител к тиреоглобулину выше, чем в популяции.
- Д. Часто сопровождается развитием ретроперитонеального фиброза.

Задача № 4. Раздел 4. Гастроэнтерология

У 22-летней женщины в анамнезе НЯК, диагностированный в возрасте 10 лет. Периодически наступают обострения, по поводу которых она получает 2 курса лечения гормонами. В данный момент отмечает появление свежей крови в кале и периодически возникающие спастические боли, анорексию, слабость, падение веса, субфебрилитет. Лечение в данный момент не получает. Об-но: пониженного питания, кожа и слизистые бледные, сухие, в легких, сердце – без патологии. Живот мягкий, болезнен в левой подвздошной области, сигма спазмирована, болезненна, малоподвижна. Печень не увеличена. Отеков нет. Лаб данные: Нв – 107 г/л, эр – 12,2 10, СОЭ – 28 мм/ч.

1. Какие методы исследования необходимо выполнить?

2. С какого метода исследования следует начать инструментальное обследование?

- А. ректоскопия,
- Б. ирригоскопия,
- В. выполнить оба исследования,
- Г. провести какое-либо другое исследование.

3. При эндоскопии выявлено поражение прямой и сигмовидной кишки, отмечалась «зернистость» и ранимость СО, несливающиеся поверхностные неправильные изъязвления, покрытые слизью, фибрином и гноем.

О какой степени тяжести идет речь? Назначьте лечение.

Задача № 5. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больная 50 лет. В течение недели лечится амбулаторно по поводу обострения ХНК. Со вчерашнего дня отмечает ухудшение самочувствия: поднялась температура до 39, появился озноб, кожный зуд, желтуха. Объективно: повышенного питания, кожные покровы и склеры желтушны. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании, болезнен в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край ровный, болезненна. Пузырные симптомы положительные. Лейкоцитоз 11500.

А) Ваш диагноз?

Б) Какова врачебная тактика в отношении данной пациентки?

Задача № 6. Раздел 4. Гастроэнтерология

52-летний мужчина, длительно злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в связи с развитием напряженного асцита, исхуданием, непостоянными болями в животе. Каковы причины асцита у больного?

А. Псевдокистоз поджелудочной железы.

Б. Тромбоз селезеночной вены.

В. Острый алкогольный гепатит.

Г. Алкогольный цирроз печени с портальной гипертензией.

Д. Цирроз-рак печени.

Задача № 7. Раздел 4. Гастроэнтерология

У здорового 20-летнего мужчины внезапно появилась диарея с примесью крови, схваткообразные боли и субфебрильная лихорадка. Через 5 дней симптомы спонтанно исчезли и больше не возобновлялись.

Какова наиболее вероятная причина диареи? Проведите дифференциальный диагноз.

А – язвенный колит

Б – злоупотребление слабительными

В – псевдомембранозный колит

Г – вирусный гастроэнтерит

Д - инфекция *Campylobacter*

Е – ишемический колит

Задача № 8. Раздел 4. Гастроэнтерология

Пациентка С., 60 лет. На протяжении нескольких лет лечилась в поликлинике по поводу одышки и сердечной аритмии с диагнозом ИБС, аритмический вариант, ХСН 1. Одышка и перебои в сердце, как правило, отмечались после натуживания, при наклоне туловища и в горизонтальном положении. Интенсивная терапия сердечными средствами (верапамил, эгиллок, гипотиазид, нитраты) оказалась малоэффективной. Объективно при поступлении: пульс 88 уд/мин, хорошего наполнения, экстрасистолия, ЧСС 84, частота дыхания 18 уд/мин, АД 160/90 мм рт.ст. Расширение границы сердца на 1 см влево от срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие. Со стороны легких и органов брюшной полости – без патологических изменений. На ЭКГ – блокада правой ножки пучка Гиса, одиночные суправентрикулярные экстрасистолы. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

Каковы, по Вашему мнению, причины одышки? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш диагноз?

Рентгенологически обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, некоторое смещение органов средостения.

Задача № 9. Раздел 4. Гастроэнтерология

Пациентка Н., 35 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом «острый живот», с жалобами на резкие боли в верхней половине живота. За неделю до этого отмечалась высокая температура тела, боли и припухлость коленных суставов и кожные высыпания на бедрах типа кровоизлияний. В прошлом часто болела ангиной. На ягодицах и бедрах – мелкоточечная сыпь геморрагического характера. Температура тела 37,1 0С, пульс – 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/85 мм рт.ст., со стороны сердца и легких без особенностей. Язык чистый, влажный. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в подложечной области, отмечается небольшая ригидность брюшной стенки в эпигастральной области, исчезающая при глубо-

кой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отсутствует. Симптом Кончаловского положительный. Лейкоцитоз 11500, СОЭ 23 мм/ч. В моче обнаружены: белок 0,33% и эритроциты 10-20 в поле зрения.

Ваш диагноз? Проведите дифференциальный диагноз. Каковы показания для оперативного лечения? Назначьте лечение.

Задача № 10. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больная 45 лет жалуется на умеренные боли в эпигастрии без связи с приемом пищи, изжогу, тошноту, рвоту 2-3 раза в неделю съеденной пищей. Астении, похудания не отмечает, стул оформленный, регулярный, обычной окраски. Больной себя считает в течение 5 лет: боли беспокоили изредка, не обследовалась. В течение последнего месяца боли усилились, обратилась в поликлинику. Об-но: правильного телосложения, умеренного питания. Периф. лимфоузлы не увеличены. Со стороны легких и сердца б/о. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен слегка в эпигастрии, пилородуоденальной области. Печень не увеличена. Отеков нет. Анализ крови: Нв – 125 г/л, эр – 4,5 10¹²/л, ц.п. – 0,9, лейкоц. – 8,6 10⁹/л, СОЭ 25 мм/ч. Рентгеноскопия желудка: желудок содержит большое количество слизи и жидкости, в дистальном отделе – дефект наполнения, в 12-пк – дефект наполнения 3,0×2,5см. Заключение – экзофитный рак дистального отдела желудка. При ФГДС диагноз подтверждается (рак выходного отдела желудка с распадом).

Ваш диагноз? Какие исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?

Задача № 11. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больной Н. 78 лет доставлен СМП в приёмный покой дежурной хирургии с диагнозом острый панкреатит.

Больной предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия, левого подреберья, вздутие живота, тошноту, многократную рвоту.

Из анамнеза известно, что боли возникли 2 часа назад после эмоционального потрясения. Более 5 лет назад перенёс инфаркт миокарда. Наблюдается у терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии напряжения, артериальной гипертонии.

При осмотре врачом отмечены выраженная одышка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧДД 25, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 150/90 мм рт. ст., Рс 110, резкие боли в эпигастрии, живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Боли с иррадиацией в левую верхнюю конечность. Язык влажный, чистый.

Общий анализ крови: Нв – 110г/л, эритроциты 3.5×10¹²/л; лейкоциты 12×10⁹/л; СОЭ 35мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, белок 0г/л; диастаза 64Ед.

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза

Дальнейшая тактика

С какими заболеваниями необходимо провести диф. диагностику?

Задача № 12. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больному 35 лет. Жалуется на жгучие боли в нижней трети грудины и в области сердца без иррадиации, возникающие по ночам, при физической нагрузке, при наклонах туловища вперед. Направлен с предварительным диагнозом: ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Считает себя больным в течение месяца. работает грузчиком, наследственность не отягощена.

Объективно: больной астенического телосложения, кожные покровы физиологической окраски, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм рт ст, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. отеков нет.

Больному были назначены нитросорбид, эгилон, тромбо-асс, энам. На фоне проводимой терапии сохранялись вышеописанные симптомы. Проведено обследование:

ЭКГ: ритм синусовый с чсс 68 в минуту, положение электрической оси вертикальное
Полный анализ крови Hb 135 г/л, Eг 4,2×10¹²/л, Le 6,8×10⁹/л, СОЭ 5 мм/ч, АСТ 17ед/л, АЛТ 19ед/л, КФК-МВ 4,5ед/л

Холтеровское мониторирование: ритм синусовый с чсс 62-88 уд в мин., одиночная суправентрикулярная экстрасистолия (всего за сутки 20) ишемических изменений ST-T за время наблюдения не зарегистрировано.

Велоэргометрия: проба отрицательная, толерантность к физической нагрузке средняя, замедлен восстановительный период по ЧСС.

1. Согласны ли Вы с предварительным диагнозом? Какое заболевание можно предполагать?

2. Какие исследования нужно произвести для подтверждения диагноза? какой тест необходимо произвести?

3. Принципы лечения.

Задача № 13. Раздел 4. Гастроэнтерология

Женщина 43 года, воспитатель, обратилась к врачу с жалобами на нарушение стула: запор, чередующийся с поносом (стул 3- 4 раза в сутки), ощущение неполного опорожнения кишечника, усиленное газообразование. Беспокоят тупые ноющие боли в мезогастррии, усиливающиеся перед дефекацией и стихающие после нее, подташнивание, неприятный вкус во рту по утрам. Болеет в течение 1,5-2 лет; в последние 2 месяца усиление жалоб после перенесенной ОРВИ, когда принимала большое количество бисептола. К врачу обратилась впервые.

При осмотре состояние удовлетворительное. Больная плотного телосложения. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены, молочные железы без патологических изменений. Частота дыхания 16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца и крупных кровеносных сосудов не изменена. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД – 110/65 мм. рт. ст., частота сердечных сокращений – 60 в минуту. Живот правильной формы, увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации отмечается выраженная болезненность по ходу толстой кишки. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Hb – 120 г/л; эр. – 4,5 10¹²/л; цв. пок. – 0,97; л. – 8×10⁹/л; п. – 5%, с. – 62%, э. –

1%, лимф. – 27%, мон. – 5%; СОЭ – 12 мм. в час.

Анализ мочи без патологических изменений. В кале большое количество непереваренной клетчатки.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, очаговых и инфильтративных изменений нет. Корни легких структурны, не расширены. Сердце не увеличено, аорта не расширена.

ЭКГ: патологических изменений нет.

Рентгенологическое исследование желудка: складки слизистой оболочки не утолщены, перистальтика прослеживается по всем отделам. Патологических изменений со стороны луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела не выявлено.

Выберите правильные ответы на вопросы:

Наиболее вероятный диагноз?

- Варианты:
- а) язвенная болезнь желудка;
 - б) хронический холецистит;
 - в) хронический панкреатит;
 - г) синдром раздраженного кишечника

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- Варианты:
- а) эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);

- в) УЗИ органов брюшной полости;
- г) копрология

Какова причина развития основного заболевания?

- Варианты:
- а) инфекция;
 - б) нарушение питания;
 - в) интоксикация;
 - г) аллергия;
 - д) лекарственные злоупотребления.

Задача № 14. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больная 75 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, лихорадку. Указанные нарушения отмечает на протяжении 3 недель. Боли постепенно усиливались. С момента возникновения болезни наблюдались подъемы температуры до 40° С. Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожи и конъюнктив. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненна. Над легкими перкуторный звук ясный. Дыхание везикулярное; справа в нижнезаднем отделе небольшое количество незвонких влажных мелкопузырчатых хрипов. Верхушечный и сердечный толчки не усилены. Левая граница сердца перкуторно определяется по левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя границы сердца не изменены. Тоны сердца глухие, ритм правильный, частота – 96 в минуту, слабый систолический шум на верхушке сердца и аорте. АД – 160/70 мм. рт. ст. Пульс – 96 в минуту, ритмичный, полный. Язык влажный, слегка обложен по краям белым налетом, слизистая оболочка зева, миндалины без особенностей. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук тимпанический. "Шум плеска" не определяется. Кишечные шумы выслушиваются. Пальпация живота безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Газы отходят свободно. Частые запоры. Симптом Пастернацкого отрицателен. Дизурических явлений нет. Осмотр гинеколога и уролога: патологии не обнаружено.

Анализ крови: Нb – 106 г/л, л. – 5,8×10⁹/л, э. – 0%, б. – 0%, п. – 10%, с. – 73%, лимф. – 13%, мон. – 4%, СОЭ – 65 мм/ч. Выявлена слабая токсическая зернистость нейтрофилов.

Анализ мочи: белок – 0,165 ‰; гиалиновые и зернистые цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Рентгенологические данные: легкие эмфизематозны. Легочные поля прозрачны, корни легких структурны, не расширены; функция и положение диафрагмы не изменены; синусы свободны; сердце и аорта в пределах возрастных особенностей; свободного газа в брюшной полости не выявлено; при исследовании толстой кишки с использованием бария обнаружен дивертикулез ее левых отделов.

Ректороманоскопия: патологии не найдено.

УЗИ органов брюшной полости и забрюш.пространства: патологии не отмечено.

ЭКГ. AQRS=0°. Ритм синусовый правильный. Частота сокращений – 110 в минуту. PQ=14"; QRS=0,08"; QT=0,25" (норма – 0,28"). Зубец Р без особенностей. QRSIII низковольтный, расщепленный. Сегмент STV4 опущен на 3 мм., сегмент STV5 – на 2мм., сегмент STV6 – на 1мм. Зубцы TI, aVL, V4-6 отрицательные, симметричные, глубокие, заостренные. На ЭКГ, снятой через 6 суток, опущение сегментов STV4, 5 стало более значительным (STV4- на 10 мм, STV5- на 5 мм), появился отрицательный зубец TV3, зубцы TV4-6 стали более глубокими и заостренными.

Через 10 суток после поступления на уровне гребня правой подвздошной кости по ходу паховой связки стала определяться болезненная припухлость с размерами 7-4-4 см. УЗИ этого образования привело к заключению о наличии инфильтрата с размягчением. Высказано предположение об абсцессе. Под местной анестезией произведена пункция патологического образования. В пунктате оказался гной. Абсцесс вскрыт. Удалено около 500 мл. гноя.

Операционный диагноз: абсцесс правой подвздошной области, имеющий забрюшинную локализацию; по-видимому, абсцесс является нагноившейся гематомой, возникшей на почве травмы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Исчез палочкоядерный сдвиг. В моче перестали выявляться цилиндры.

На ЭКГ, снятой через 2 суток после вскрытия абсцесса, изменилась форма отрицательных зубцов T1, aVL, V4-6: исчезла заостренность зубцов TV4-6, все зубцы стали несимметричными. Однако на этой ЭКГ и на ЭКГ, снятой спустя еще 11 суток, сохранялось значительное опущение сегмента STV4-6.

Выберите правильные ответы на вопросы, относящиеся к изменениям ЭКГ.

Наиболее вероятный диагноз?

Варианты: а) ИБС; острый мелкоочаговый инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка;

б) дистрофия миокарда с некоронарогенной Т-негативностью, обусловленной токсическими воздействиями на миокард;

в) дистрофия миокарда с некоронарогенной Т-негативностью, обусловленной рефлексными воздействиями на миокард;

г) эндомиокардит.

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Варианты: а) эхокардиографию;

б) динамическое ЭКГ-наблюдение, тропонины, КФК-МВ.

в) прекордиальное картирование;

г) динамическое наблюдение за активностью трансаминаз сыворотки крови.

Каковы причины развития изменений ЭКГ?

Варианты: а) экстракардиальные рефлексные влияния на миокард;

б) тромбоз коронарных сосудов;

в) нарушение электролитного обмена миокарда;

г) ишемизирующее влияние на миокард повышенных доз катехоламинов.

Задача №15. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больной К., 45 лет. В течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка. По поводу рецидива заболевания лечится в терапевтическом отделении. При осмотре предъявляет жалобы на интенсивные, постоянные боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину, тошноту, рвоту, повышение температуры тела. Применение обезболивающих средств (холинолитиков, спазмолитиков, анальгетиков) без эффекта.

О каком осложнении нужно думать?

Необходимые исследования для подтверждения диагноза?

Тактика ведения пациента?

Задача № 16. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больная Р., бухгалтер. Предъявляет жалобы на периодические ноющие, распирающие боли в правом подреберье. Эпизодически отмечает горечь во рту, запоры. При объективном обследовании больная повышенного питания, отмечается субиктеричность склер, температура тела нормальная. Живот мягкий, болезненный при пальпации в проекции желчного пузыря.

Предполагаемый диагноз?

Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 17. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больная Ч., 43 года. Обратилась на прием к участковому терапевту поликлиники. Предъявляет жалобы на кашицеобразный жидкий стул (5-6 раз в сутки), ощущение урчания, переливания и вздутия живота, на боли ноющего характера, преимущественно в околопупочной области и левом подреберье, усиливающиеся через час после еды. Кроме того,

больная отмечает снижение трудоспособности, похудание, раздражительность, ломкость ногтей и выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5° С. В копрограмме – стеаторея. Диастаза мочи в норме. Больная проконсультирована инфекционистом: инфекционное заболевание исключено.

Предполагаемый диагноз? Кратко обоснуйте диагноз.

Тактика дальнейшего ведения больной?

Задача № 18. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больной С., 50 лет. Год назад перенес резекцию желудка (Бильрот-2) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Спустя 3 месяца после операции больной стал отмечать после еды (примерно через 30 минут), особенно после приема молочных и сладких продуктов, резкую слабость, потливость, сердцебиение, головокружение. Кроме того, больной предъявляет жалобы на частый жидкий стул (3-4 раза в сутки).

Предполагаемый диагноз?

Необходимые диагностические исследования?

Лечебные мероприятия?

Задача № 19. Раздел 4. Гастроэнтерология

Больной Н., 46 лет. После приема алкоголя и калорийной пищи возникли острые боли в верхней половине живота, метеоризм, рвота без примеси желчи и не приносящая облегчения, задержка газов и стула, повысилась температура тела до 38° С. При аускультации шумы кишечной перистальтики отсутствуют.

Наиболее вероятный диагноз?

Какое инструментальное исследование необходимо выполнить в первую очередь?

Тактика ведения пациента?

Задача № 20. Раздел 4. Гастроэнтерология

У больного 48-ми лет, в течение 6 месяцев наблюдалась волнообразная лихорадка: температура вечером повышалась до фебрильных цифр с ознобом. В прошлом много злоупотреблял алкоголем. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: развилась резкая слабость, похудел на 14 кг, появился асцит, не поддающийся действию диуретиков, боли в области печени.

Объективно: бледность кожных покровов, гепатомегалия, болезненность печени при пальпации, неоднородность печеночной ткани, неровный край. В крови: лейкоциты – $3 \cdot 10^9$ /л., СОЭ – 80 мм./час, билирубин – 34 мкмоль/л., АЛТ – норма, ЩФ – 520 еД/л., обнаружены LE-клетки.

Предварительный диагноз?

Диагностические мероприятия?

С чем нужно дифференцировать?

Задача №1. Раздел 5. Нефрология

Беременная женщина обратилась с жалобами на частые болезненные мочеиспускания, выделения из влагалища. В анализе мочи: лейкоциты - до 30 в поле зрения, СОЭ - 35 мм./ч. Проведение других методов исследования не представляется возможным. Обсуждается целесообразность антибактериальной терапии.

Какой из antimicrobных препаратов наиболее предпочтителен в данной ситуации?

Варианты:

а) ципрофлоксацин;

б) доксилицин;

в) амоксициллин / клавулановая кислота;

г) зитромицин;

д) цефуроксим.

Задача № 2. Раздел 5. Нефрология

У 37-летнего больного хроническим гломерулонефритом, предъявляющего жалобы на слабость, одышку, отеки ног, при обследовании выявлены влажные хрипы в нижних отделах легких, увеличение печени, артериальная гипертония (180/110 мм. рт. ст.). Гемоглобин - 100 г./л., уровень креатинина в крови - 0,35 ммоль/л., калия - 4,8 ммоль/л., клубочковая фильтрация - 30 мл./мин.

Какое утверждение относительно ведения больного правильно?

Варианты:

- а) содержание белка в пище не должно превышать 0,5 г./кг.;
- б) ингибиторы ангиотензинконвертирующего белка (АКФ) для коррекции артериальной гипертонии противопоказаны;
- в) оптимальным гипотензивным средством являются В-блокаторы;
- г) для коррекции анемии показаны препараты железа внутрь; показано лечение гемодиализом.

Задача № 3. Раздел 5. Нефрология

Какое (какие) утверждение относительно хронического пиелонефрита (ХП) неверно?

Варианты:

- 1) низкий удельный вес мочи при обострениях свидетельствует о наличии почечной недостаточности;
- 2) выделение из мочи микробной культуры в сомнительных случаях свидетельствуют о наличии ХП;
- 3) компьютерная томография не имеет существенных преимуществ перед ультразвуковым исследованием (УЗИ) в диагностике ХП;
- 4) наличие эритроцитов в моче свидетельствуют против ХП.

Задача № 4. Раздел 5. Нефрология

Больной 45-ти лет, директор автобазы. Длительное время страдает артериальной гипертонией, ожирением. Полгода назад был эпизод артрита правого голеностопного сустава с резчайшей болью, опуханием и покраснением в области сустава, прошедший самостоятельно в течение 5 дней.

Несколько дней назад поехал на охоту, где употреблял большое количество мясной пищи, алкоголя, дважды посещал сауну. На 3-й день пребывания в отъезде состояние внезапно резко ухудшилось: появились тошнота, рвота, головная боль, резко снизился диурез, моча имела темную окраску с осадком вида «толченого кирпича». В тяжелом состоянии доставлен в клинику машиной скорой помощи.

При осмотре: ожирение, тофусы в области ушных раковин. В легких дыхание жесткое. Тахикардия до 120 в мин. АД - 220/130 мм. рт. ст. Болезненность при поколачивании по пояснице с обеих сторон. Диурез - 100 мл. в сутки.

Биохимическое исследование крови: общий белок - 85 г./л., альбумины - 55 г./л., креатинин - 1,13 ммоль/л.

Общий анализ мочи: отн. плотность - 1038, белок-следы, лейкоциты - 8-10 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения.

1. Диагноз?

2. Какие факторы способствовали развитию острой почечной недостаточности у больного?

3. Какое исследование необходимо для уточнения диагноза ОПН?

4. Какие лечебные мероприятия необходимо проводить больному?

Вопросы к задаче:

1. Какие факторы могут спровоцировать острую мочеислую блокаду почечных канальцев (ОМБ)?

Варианты:

- а) жесткая вегетарианская диета;
- б) пребывание в условиях жаркого климата;
- в) охлаждение;
- г) прием урикозурических средств в высоких дозах;
- д) прием пищи, богатой калием.

2. С каким состоянием следует проводить дифференциальный диагноз ОМБ?

Варианты:

- а) миоглобинурическая ОПН;
- б) острый сосочковый некроз;
- в) нефротический криз;
- г) острый интерстициальный нефрит;
- д) острая сердечная недостаточность.

Задача № 5. Раздел 5. Нефрология

Больная 32 лет, жалуется на отеки в области лица, ног, на животе и спине, беспокоит тошнота, вздутие живота после приема любой пищи, ноющие боли в эпигастральной области. При объективном обследовании состояние средней степени тяжести, отеки лица, ног, рук, передней брюшной стенки, области поясницы. В легких: дыхание везикулярное ослабленное с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные 1 тон = 2 тону, шумов и акцентов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и зоне Шоффара. В эпигастральной области пальпируется плотное болезненное округлое образование.

Результаты лабораторного исследования: общий белок крови - 35 г/л, альбумины - 20 г/л, холестерин - 8,9 ммоль/л, триглицериды - 3,5 мм/л, В-липопротеиды - 7,2 мм/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1022, белок - 12,5 г/л, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 2-3 в поле зрения, кристаллы холестерина.

При рентгеноскопии желудка в антральном отделе отсутствует перистальтика, имеется дефект наполнения.

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2. Укажите характерные клинические и лабораторные признаки заболевания.
- 3. Что послужило причиной заболевания?
- 4. Какие методы обследования необходимо провести для постановки клинического диагноза. Ваша лечебная тактика.

Задача № 6. Раздел 5. Нефрология

Больная М. 48 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, сильную головную боль, ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при движении.

Беспокоит повышение артериального давления. Максимально АД повышалось до 190/110, постоянное – 150/100 мм.рт.ст. Отмечает субфебрилитет до 37,4 оС, появляющийся к вечеру.

Мочеиспускание безболезненное, частое, ночью до 3 раз. Моча визуально светло-желтая, мутная, слегка пениться.

Развитие заболевания: в течение 5 лет страдает хроническим циститом. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая- по правому краю грудины, левая- на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя- 3 ребро. Тоны сердца ритмичные, 1 тон > 2, акцент второго тона над аортой. Со стороны органов брюшной полости патологии нет. АД= 160/100 мм.рт.ст, пульс 86 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения положительный с обеих сторон.

Результаты лабораторного исследования:

Анализ крови: гемоглобин 114 г/л, лейкоциты $10 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час

Анализ мочи: плотность 1010 г/л, белок 320 мг/л, лейкоциты 10-12 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения, бактерии++.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты-1500, лейкоциты- 7500, цилиндры – 0.

1. Ваш предварительный клинический диагноз.
2. Патогенез артериальной гипертензии.
3. Дополнительные методы обследования, подтверждающие диагноз.
4. Определите основные принципы лечения.

Задача № 7. Раздел 5. Нефрология

Больная К., 26 лет, часто страдает простудными заболеваниями. 9 лет назад при диспансеризации обнаружена протеинурия (1-1,5 г/сут), в дальнейшем периодически исчезающая или достигающая 3-3,5 г/сут при простудных заболеваниях. 4 года назад в период увеличения протеинурии появились отеки в области лица, ног, исчезнувшие после диуретической и глюкокортикоидной терапии (проведена пульс-терапия). Месяц назад вновь появились отеки. Принимает преднизолон в дозе 20 мг/сут, энам 5 мг*2 раза в день

Данные объективного осмотра: Общее состояние ближе к удовлетворительному. Астенического телосложения, нормального питания. Кожа бледная, сухая, отеки лица, брюшной стенки, поясничной области, нижних и верхних конечностей. В легких укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания с обеих сторон от уровня 5-6 ребра. Тоны сердца ритмичные, 1 тон равен 2 тону, шумов и акцентов нет. АД = 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом сотрясения сомнительный с обеих сторон.

Результаты лабораторного исследования:

Анализ крови: общий белок 42 г/л, альбумины 22 г/л, холестерин 10,9 ммоль/л, триглицериды 2,5 г/л, β -липопротеиды 6,5 г/л, мочевины 5,8 ммоль/л, креатинин 0,18 ммоль/л

Анализ мочи: плотность 1008 г/л, белок 10,6 г/л, лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты 4-5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 3-5 в поле зрения, кристаллы холестерина

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Какая форма заболевания у больной.
3. Объясните патогенез развития отеков.
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести больной?

Задача № 8. Раздел 5. Нефрология

. Больной П., 47 лет, предъявляет жалобы на тянущую боль в поясничной области, больше справа, пастозность лица, повышение температуры тела до 37,4 оС, учащенное мочеиспускание.

Развитие заболевания: госпитализирован бригадой скорой помощи с жалобами на острую боль в поясничной области, больше справа, с иррадиацией по ходу мочеточника, в паховую область, внутреннюю поверхность бедра. После терапии спазмолитиками на третий день выделилось около 500 мл темной мочи и конкремент черного цвета размерами 0,4*0,8 см, после чего болевые ощущения уменьшились.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, на верхушке 1 тон = 2 тону, шумов и акцентов нет. Со стороны органов пищеварения патологии не выявлено. АД 160/100 мм.рт.ст. ЧСС -88 ударов в минуту. Симптом сотрясения положителен с обеих сторон, больше справа, почки не пальпируются.

Результаты лабораторного исследования: суточный диурез 1200 мл, полный анализ мочи: светлая, реакция мочи щелочная, удельный вес 1010, белок 0,1 г/л, лейкоциты не подсчитаны, эритроциты 1-3 в поле зрения.

1. Поставьте предварительный диагноз больному.

2. С каким состоянием связан эпизод острых болей в поясничной области и задержки мочеиспускания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек?
4. Назначьте лечение.

Задача № 9. Раздел 5. Нефрология

Больная Р 30 лет, предъявляет жалобы на постоянную ноющую боль в поясничной области, больше слева, , повышение температуры тела до 39 С, озноб, чередующийся с потливостью, общую слабость

Развитие заболевания: заболел впервые, когда после переохлаждения (спал в палатке на земле) через 3 дня появились вышеперечисленные жалобы. В течение 2-х лет страдает хроническим циститом.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, на верхушке сердца 1 тон=2тону. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 98 ударов в минуту. При пальпации передней брюшной стенки определяется болезненность слева, почки не пальпируются, симптом сотрясения положителен слева.

Результаты лабораторного исследования: полный анализ крови: Нв 123 г/л, лейкоциты $13 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 25 мм/ч.

полный анализ мочи: удельный вес 1018, белок 265 мг/л, лейкоциты 12-14 в поле зрения, бактерии ++.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие изменения можно увидеть при рентгеновском исследовании, экскреторной урографии?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения характера поражения почек.
4. Определите основные принципы лечения.

Задача № 10. Раздел 5. Нефрология

Больной Н. 47 лет, страдающий хроническим гломерулонефритом, отмечает ухудшение общего состояния в виде нарастания общей слабости, головных болей, анорексии, похудания, появились отеки и носовое кровотечение, появился кожный зуд, особенно в вечернее время суток. Температура тела нормальная. Усилилась тяжесть в поясничной области при движении и тряске.

Отмечает снижения диуреза менее 1 литра в сутки. Мочеиспускание безболезненное. Моча визуально прозрачная, светлая, пенится.

Развитие заболевания: болен в течение 15 лет, начало заболевания связывает с перенесенной ангиной. Ежегодно лечится стационарно. Последние 3 года отмечает повышение артериального давления до 240/120 мм.рт.ст., сопровождающееся рвотой, тошнотой, сильной головной болью. Постоянно принимает: преднизолон – 30 мг/сут, азатиоприн – 1 табл./сут, коринфар ретард 20 мг – 1 таб., эгилек по 25 мг*2 раза в день.

При объективном обследовании общее состояние средней степени тяжести, кожа сухая, тургор снижен. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке ослаблен, систолический шум в 1 точке, акцент второго тона над аортой. АД 190/110 мм рт ст, ps 100 в мин. Живот мягкий, печень на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом сотрясения слабо положителен. Ноги пастозные.

Лабораторные данные: гемоглобин 78 г/л, гематокрит 27%, тромбоциты $120 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/час, натрий 128 ммоль/л, калий 5,7 ммоль/л, креатинин крови 0,43 ммоль/л, рН крови 7,35, общий белок 49 г/л, альбумин – 29 г/л, холестерин – 7,1 ммоль/л, триглицериды – 3,6 ммоль/л

Диурез 600 мл/сут, минутный диурез – 0,45 мл/мин, клубочковая фильтрация – 18 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 89%. Суточная потеря белка – 6,23 г/сут

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какая стадия почечной недостаточности у больного

Оцените состояние водно-солевого обмена и КЩС

Какие причины анемии у данного больного

Назначьте лечение больному

Задача № 1. Раздел 6. Эндокринология

Больная А. 39 лет доставлена в приемный покой клинической больницы в крайне тяжелом состоянии. Сознание спутано, периодически бредит, отмечается двигательное беспокойство. Со слов сопровождающего в последние дни отмечала тошноту, многократную рвоту, повышение температуры до 38-39°C. Полгода назад у пациентки был диагностирован диффузный токсический зоб, назначено лечение мерказолилом. Около месяца назад она самостоятельно прекратила прием препарата после посещения «целителя».

При осмотре температура 39,2°C, ЧДД 28 в минуту. Пациентка истощена. Кожные покровы влажные. Выраженный тремор конечностей. На передней поверхности шеи визуально определяется увеличенная до 3 степени по Николаеву щитовидная железа. Щитовидная железа плотная, безболезненная, подвижная. Положительны глазные симптомы: Грефе, Мебиуса, Кохера и Дельримпля. Пульс 176 ударов в минуту. Тоны сердца аритмичные, выслушивается систолический шум, проводящийся во все точки. АД 90/40 мм.рт.ст.

1. С каким клиническим диагнозом следует госпитализировать пациентку?
2. О каком экстренном состоянии нужно думать?
3. Назовите причины ухудшения состояния больной.
4. Опишите правильное проведение и оценку симптомов Грефе, Мебиуса, Крауса и Дельримпля.

Какой должна быть тактика врача?

Задача № 2. Раздел 6. Эндокринология

Больной К., 17 лет, рост 172 см., вес 55 кг. Был доставлен в приемный покой в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что пациент страдает сахарным диабетом в течении 2 лет. Неоднократно наблюдались гипогликемические состояния. Контроль диабета недостаточный. Плохо соблюдает диету. Нерегулярно ставит инсулин. В течении последних 2-х недель после перенесенной вирусной инфекции отмечал нарастающую слабость, жажду до 3-4 л жидкости в сутки, ухудшение аппетита. « дня назад появилась тошнота. За несколько часов до госпитализации многократная рвота, боли в животе. Потерял сознание.

Объективное исследование: больной без сознания, пониженного питания, кожные покровы и слизистые сухие, дыхание шумное, учащено. Пульс 110 в минуту, АД – 5/50 м.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Лабораторные исследования: полный анализы крови: лейкоциты 10,0х10⁹. Биохимический анализ крови: мочевины 11,3 ммоль/л, креатинин – 0,12 ммоль/л, рН – 7,21. Анализ мочи (взята катетером): удельный вес – 1041, сахар– 8%, ацетон ++++.

Установите и обоснуйте диагноз пациента.

Что явилось причиной острого состояния?

Какие причины вызвали указанные изменения лабораторных показателей?

Назначьте план лечения.

Задача № 3. Раздел 6. Эндокринология

Больной С., 47 лет, страдает сахарным диабетом в течении 10 лет, соблюдает диету, ежедневно занимается физическими упражнениями, получает инсулинотерапию (хума-

лог+лантус). Обратился с жалобами на нарушение сна, кошмарные сновидения, сильную усталость, потливость по ночам. При осмотре пациент достаточного питания, кожные покровы обычной влажности. Дыхание везикулярное. Пульс 120 ударов в минуту. АД – 160/80 мм.рт.ст. Сахар крови натощак – 11,5 ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 4,6 ммоль/л.

Какое осложнение возникло у пациента?

Есть ли необходимость в увеличении дозы инсулина?

Может ли быть причиной данной ситуации нарушение диеты в обед?

Есть ли необходимость в назначении снотворных?

Задача № 4. Раздел 6. Эндокринология

Больная Д., 32 лет, поступила в терапевтическое отделение ЦРБ с жалобами на частое сердцебиение, похудание за 6 месяцев на 10 кг, потливость, раздражительность, бессонницу, тремор рук и выраженную слабость. В течение последнего месяца отмечает «чувство песка в глазах». Полгода назад перенесла сильный стресс (конфликт в семье). С этого времени почувствовала нарастающую слабость, плохой сон, ночные кошмары и снижение массы тела при сохраненном аппетите.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Тремор кистей и пальцев рук, тремор век. Рост 170 см., вес 53 кг. Экзофтальм. Положительны симптомы Кохера, Грефе, Мебиуса и Штельвага. Пульс 120 ударов в минуту, АД 140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, 1 тон ослаблен. На верхушке сердца систолический шум, проводится во все точки и на сосуды шеи. Контур передней поверхности шеи деформированы. При пальпации щитовидная железа увеличена в размерах, плотнее обычной, безболезненная, подвижная.

Какой диагноз у пациентки?

Назовите методы специфической диагностики данного заболевания.

Методика и значение определения симптомов Кохера, Грефе, Мебиуса и Штельвага.

Какую следует выбрать тактику лечения?

Чем обусловлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы?

Задача № 5. Раздел 6. Эндокринология

У больной С., 25 лет, после перенесенной ангины появилось на передней поверхности шеи опухолевидное болезненное образование, боль при глотании. Температура повысилась до 39°C, общая слабость, тахикардия. При пальпации определяется резкая болезненность и припухлость в проекции правой доли щитовидной железы, местно – гиперемия и гипертермия кожи на проекции правой доли. Со стороны других органов и систем изменений не выявлено. В анализах крови лейкоцитоз 16×10^9 , сдвиг формулы влево. СОЭ – 45 мм/час.

О каком заболевании можно думать?

Какой должна быть тактика врача?

Дифференциальный диагноз.

Задача № 6. Раздел 6. Эндокринология

Больной П., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на избыточный вес (при росте 175 см вес 115 кг). За последний год прибавил в весе 20 кг. Отмечает частые головные боли, слабость, эректильную дисфункцию. Болен около 2 лет, начало заболевания связывает с перенесенной 3 года назад черепно-мозговой травмой.

Объективное исследование: повышенного питания. Отложения жира преимущественно на животе, бедрах, груди. Кожа повышенной влажности. На передней поверхности грудной клетки, на коже живота и бедер имеются багрово-синюшные стрии. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс 80 в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. на правой и АД

160/100 мм.рт.ст. на левой руке. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки по мужскому типу.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи – изменений нет. Сахар крови – 8,8 ммоль/л. В моче сахар не определяется.

Предварительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести?

Определите тактику врача.

Задача № 7. Раздел 6. Эндокринология

Больная А., 56 лет, длительно лечившаяся у нефрологов по поводу мочекаменной болезни с частыми обострениями, при небольшой травме получила патологический перелом правой голени. Пациентка отмечает слабость, боли в костях ноющего характера, изменение походки по типу «утиной», жажду, полиурию, кожный зуд.

Какой предположительный диагноз можно установить?

Какие анализы необходимо провести для подтверждения диагноза?

Какие изменения показателей характерны для указанной патологии?

Задача № 8. Раздел 6. Эндокринология

Пациентка М., 34 лет, направлена на консультацию с гинекологического приема. Предъявляет жалобы на бесплодие, незначительные выделения из молочных желез. Замужем в течение 5 лет. Противозачаточных средств не принимала, беременностей не было. Обследовалась у гинеколога неоднократно: патологии не выявлено. Муж прошел полное обследование в консультации «Брак и семья». Никаких отклонений от нормы не выявлено. Из анамнеза: в детстве пациентка развивалась нормально. Менструации с 13 лет, установились сразу. В возрасте 25 лет резко похудела (с 75 до 54 кг.) в течение 6 месяцев по специальной методике. Спустя 2 года начала замечать выделения из молочных желез в виде капли при надавливании. Соматически чувствовала себя хорошо.

Объективное исследование: кожные покровы и слизистые чистые, физиологической окраски. Гипертрихоза и стрий нет. Рост 163 см., вес 55 кг. Телосложение нормостеническое, распределение подкожно-жировой клетчатки по пластическому типу. Изменений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем не выявлено. Пульс 76 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Вторичные половые признаки по женскому типу. Ректальная температура двухфазная.

Лабораторные исследования: полный анализ крови, биохимические показатели, полный анализ мочи в норме.

Гормональное исследование: пролактин – 4500 мЕд/л; СТГ – 2,0 нг/мл; ЛГ – 3,9 Ед/л; ФСГ – 3,2 Ед/л; ТТГ – 1,8 мЕд/л; Т3 – 2,5 нмоль/л; Т4 – 110 нмоль/л; кортизол – 425 нмоль/л; тестостерон – 2,1 нмоль/л; прогестерон – 1,2 нмоль/л; Е2 – 110 пмоль/л.

КТ, МРТ головного мозга без патологических изменений. УЗИ матки и придатков – без патологии. Проведена проба с метаклопрамидом: базальный уровень пролактина – 4800 мЕд/л, через 60 минут после введения метаклопрамида увеличился до 5380 мЕд/л.

Осмотр окулиста – состояние глазного дна в норме.

Осмотр невропатолога: данных за нарушения со стороны нервной системы нет.

Пациентке было назначено лечение парлоделом по схеме. При увеличении дозы до 7,5 мг/сут появилась головная боль, тошнота и слабость. Доза препарата была снижена до 5 мг/сут. Через 2 месяца уровень пролактина в крови – 2100 мЕд/л.

Какой вы поставите окончательный диагноз?

Как интерпретировать данные пробы с метаклопрамидом?

Согласны ли вы с предложенной терапией и какую тактику рекомендуете избрать в дальнейшем?

Задача № 9. Раздел 6. Эндокринология

Больная Ж., 31 год. Жалобы на изменение внешности, увеличение размеров носа, нижней челюсти, языка, надбровных дуг. Отмечает увеличение конечностей (размер обуви за 5 лет увеличился с 35 до 41). Беспокоит постоянная головная боль, дисменорея и бесплодие. Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, *аспе vulgaris*. Черты лица изменены – увеличение носа, губ, языка, диастема и прогнатизм. Голос низкий. Снижена болевая и тактильная чувствительность на периферии, снижены рефлексы на конечностях D= S. Дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены. АД 160/90 мм рт ст. Живот мягкий, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Размеры по Курлову 12-11-11 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Лабораторные исследования: полный анализ крови, мочи без особенностей. Биохимический анализ крови: сахар крови натощак – 7,4 ммоль/л, холестерин – 6,8 ммоль/л, бета-липопротеиды – 5,7 г/л, триглицериды – 2,9 ммоль/л, СТГ – 17,3 нг/мл. ТТГ – 0,82 мЕд/л, пролактин – 1200 мЕд/л.

На рентгенограмме черепа в 2-х проекциях размеры «турецкого седла» увеличены: сагитальный – 18мм (N – 12-15 мм), вертикальный – 12 мм (N – 8-9 мм). Остеопороз «спинки турецкого седла».

На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка.

Какой диагноз вы поставите пациентке?

Объясните термины диастема и прогнатизм.

Приведите нормы показателей липидного обмена. Как вы объясните метаболические изменения в крови у пациентки?

Какую лечебную тактику выберете?

Задача № 10. Раздел 6. Эндокринология

Больная Н, 22 лет, находилась на обследовании в терапевтическом отделении с жалобами на головную боль, прибавку в массе тела на 10 кг в течение года, мышечную слабость, гипертрихоз, отсутствие менструаций последние 6 месяцев. Больной себя считает в течение 2 лет, когда впервые начало повышаться давление до 160/100 мм рт ст и появились нарушения регулярности менструального цикла.

Объективное исследование: рост 156 см., масса тела 77 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки по диспластическому типу. На лице и теле избыточное оволосение. Дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены, ритмичные. Пульс – 88 в минуту, АД – 180/120 мм рт ст. Живот увеличен в размерах, безболезненный. Печень выступает на 2 см. Размеры в пределах нормы.

Гормональное исследование: кортизол в крови: в 8 часов утра – 670 нмоль/л (норма – до 690 нмоль/л), в 23 часа – 522 нмоль/л (норма – до 270 нмоль/л). АКТГ в 8 часов утра – 3,5 пг/мл, в 23 часа – 3,4 пг/мл (норма 10-60 пг/мл). Свободный кортизол в моче – 2140 нмоль/л (норма – 120-400 нмоль/л). Проведена проба с синактеном. Кортизол в моче – 1900 нмоль/л. После большой пробы Лиддла – 1950 нмоль/л.

На МРТ патологии гипофиза и надпочечников не выявлено.

Какой окончательный диагноз вы можете поставить?

Как проводится большая проба Лиддла и как следует интерпретировать полученные у пациентки результаты?

Какую тактику следует избрать?

Задача № 11. Раздел 6. Эндокринология

В ЛОР-отделение поступила больная Л. 36 лет с жалобами на сильные боли в области щитовидной железы с иррадиацией в уши и нижнюю челюсть, выраженную слабость, потливость, нарушение сна, тремор рук и повышение температуры до 38°C. Больна в течение 5 дней, заболела после переохлаждения.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы повышенной влажности, тремор пальцев рук, тремор век. Питание достаточное. Щитовидная железа увеличена в размерах до 3 степени (по Николаеву); при пальпации болезненна, плотнее обычной. Температура – 38,2°C. Дыхание везикулярное. ЧСС – 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 92 в минуту, АД 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: эритроциты – 4,3 млн/мл., лейкоциты – 8,3 тыс/мл, гемоглобин – 123 г/л; формула крови : эозинофилы – 1%, базофилы – 0%, палочко-ядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 21%, моноциты – 8%. СОЭ – 32 мм/час. Биохимические показатели в пределах нормы.

Гормональные исследования: Т3 – 18 нмоль/л, Т4 – 68 нмоль/л, ТТГ – 0,2 мЕд/л.

Радиометрия щитовидной железы – через 2 часа захват йода 131 щитовидной железой – 1%, через 4 часа – 1%, через 24 часа – 0%, через 24 часа – 1%.

Какой диагноз считаете нужным поставить?

Вероятная этиология заболевания.

Чем объясняется несоответствие уровня гормонов щитовидной железы и показателей радиометрии?

Какую дальнейшую тактику можете предложить?

Задача № 12. Раздел 6. Эндокринология

В терапевтическое отделение республиканской больницы поступила пациентка Ф., 43 лет. При поступлении жалуется на сонливость в дневное время, слабость, утомляемость, умеренную болезненность в проекции щитовидной железы с иррадиацией в область затылка, пастозность лица и рук, глоссомегалию. 2 месяца назад лечилась в эндокринологическом отделении с диагнозом подострый тиреоидит в течении месяца. Принимала преднизолон, аспирин, индометацин, детоксикационную терапию. Чувствовала себя хорошо. После выписки прекратила прием преднизолона, приступила к работе на производстве. В течение последней недели самочувствие постепенно ухудшалось, нарастала слабость, три дня назад появилась болезненность в области щитовидной железы.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, умеренно сухие. Лицо пастозно. Язык сухой, увеличен. Речь замедленная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 60 в минуту, АД – 100/60 мм рт.ст.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи в норме. СОЭ – 15 мм/час.

С чем связано настоящее ухудшение самочувствия пациентки?

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Тактика врача.

Задача № 13. Раздел 6. Эндокринология

К участковому врачу обратилась мама призывника Д., 17 лет. Беспокоит его годность к военной службе. Пациент активно жалоб не предъявляет, замкнут, учится в профтехучилище, успеваемость плохая. Со слов матери до 14 лет мальчик физически развивался нормально, хотя всегда имел проблемы с учебой. С 14 лет прогрессивно увеличивался рост (рост матери – 156 см, отца – 175 см), но в половом развитии мальчик отставал от сверстников, становился замкнут, иногда агрессивен. Были сделаны рентгенограммы кистей рук – костный возраст соответствовал 11 годам. Подростковый врач диагностировал задержку полового развития и направил на консультацию к эндокринологу. В семье решили от дальнейшего обследования отказаться, на консультацию пациент не явился.

Объективное исследование: рост 185 см, вес 81 кг. Телосложение непропорциональное, плечи узкие, тазовые кости широкие, конечности длинные, мышечная система развита недостаточно. Распределение подкожно-жировой клетчатки по гиноидному типу. Кожные покровы бледные, сухие. Голос высокого тембра. Развитие наружных половых органов соответствует возрасту 13-14 лет, скудное оволосение на лобке, линия роста волос гори-

зонтальная, в подмышечных впадинах роста волос нет. Имеются признаки псевдогинекомастии.

Лабораторные исследования: при обследовании не выявлено изменений со стороны общеклинических и биохимических показателей.

Гормональные исследования: ЛГ- 35 мЕ/мл (норма- 7 – 24 мЕ/мл), ФСГ – 39 мЕ/мл (норма 0 – 22 мЕ/мл), тестостерон – 3,1 нмоль/л, пролактин – 236 мЕ/мл, кортизол – 535 нмоль/л

На рентгенограммах кистей рук на момент осмотра костный возраст соответствует 13 годам. Кариотип 47, XXУ. Проба с хорионическим гонадотропином отрицательна.

Согласны ли вы с диагнозом подросткового врача?

Обоснуйте ваш диагноз?

Дайте ответ на вопрос призывной комиссии о пригодности молодого человека для службы в армии.

Ваша тактика?

Задача № 14. Раздел 6. Эндокринология

Пациент Ю., 16 лет обратился с жалобами на низкий рост (за год вырос на 3 см) и вес, отсутствие роста волос на лице, скудное оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, небольшие размеры половых органов. С 8 лет страдает бронхиальной астмой, часто лечился по этому поводу в детской больнице. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без патологии. Вес мальчика при рождении 3500 г.

Объективное исследование: рост 153 см, вес 49 кг (рост матери – 161 см, отца – 176 см). Телосложение пузрыльное, пропорциональное. Питания достаточного. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу, степень полового созревания соответствует 14-15 годам.

Лабораторные исследования: в общеклинических и биохимических анализах патологических изменений нет.

Гормональное исследование: ЛГ – 14 мЕ/мл (норма 7-24 мЕ/мл), ФСГ – 10 мЕ/мл (норма 0-22мЕ/мл), тестостерон – 12,1 нмоль/л (норма 10,4-41,6 нмоль/л), кортизол – 264 нмоль/л, пролактин – 156 мЕ/мл.

На рентгенограммах кистей рук – костный возраст соответствует 14-15 годам. На МРТ головного мозга патологии не выявлено. Кариотип 46 ХУ.

Какой диагноз поставите пациенту?

В чем вы видите причину заболевания?

Какую дальнейшую тактику выберете?

Задача № 15. Раздел 6. Эндокринология

Пациентка Л. 60 лет, беспокоят постепенное увеличение шеи, чувство инородного тела в горле, ощущение сдавление трахеи в горизонтальном положении. Наблюдалась у эндокринолога по месту жительства с диагнозом узловой нетоксический зоб 1 степени в течение 3 лет. Принимала регулярно L- тироксин 25 мкг. Вес стабильный. Тепло переносит хорошо, сердцебиение не отмечает. Менопауза с 43 лет. Приливов нет. Роды -2 (вес детей при рождении до 4 кг.). Перенесенные заболевания: Миома матки, ОРВИ. Наследственность: у мамы узловой зоб не оперированный. По сахарному диабету наследственность не отягощена.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной влажности физиологической окраски. Щитовидная железа увеличена до 2 степени (ВОЗ) за счет крупного узла правой доли щитовидной железы, занимающей всю долю, диаметром примерно 5 см. При пальпации узел подвижный, безболезненный, плотновато-эластической консистенции, левая доля щитовидной железы пальпаторно не изменена. Глазные симптомы отрицательные, тремора кончиков пальцев рук нет. В легких – дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, АД 160/100, пульс 72 ударов в минуту. Живот без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: расположение обычное, контуры ровные, ассиметричные VLD=47,6мл, VLS=3,7мл, перешеек 2 мм, Суммарный объем 51,3 мл. Изоэхогенная, однородная в LS. Весь объем LD кроме верхнего полюса занимает изоэхоузел размерами 6х3,5х4 см. Объем 40 мл. Узел неоднородный с жидкостными включениями до 8 мм и гипоэхоэзоном. УЗИ признаки узлового зоба (крупный узел правой доли щитовидной железы.)

Гормональное исследование: ТТГ - 0,02 мкМЕ/мл, Св.Т4 - 29,9 пмоль/л.

Пункция узла (цитология): Узловой коллоидный зоб.

Какой диагноз Вы поставите?

Тактика лечения; обоснование ее.

Задача № 16. Раздел 6. Эндокринология

Больная С., 48 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на периодические приступы мерцательной аритмии, жгучую боль в левой половине грудной клетки (не связанную с физической нагрузкой) и эпизодические подъемы АД до 140-150/90-100 мм рт. ст. Впервые пароксизм фибрилляций предсердий был зарегистрирован в 1995г. и был курирован в/в введением новокаинамида. В дальнейшем больная обращалась к кардиологу, которым после проведенного обследования был поставлен диагноз: "Ревматизм, неактивная фаза, митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Пароксизмальная мерцательная аритмия. Назначен амиодарон 200 мг по стандартной схеме. На фоне лечения пароксизмы мерцательной аритмии возобновлялись. Больная купировала их самостоятельно, принимая дополнительно 200 мг амиодарона. Впоследствии пациентка самостоятельно подобрала терапевтическую дозу амиодарона, равную 400 мг/сут., и принимала его ежедневно в течение 5-6 лет. Состояние пациентки ухудшилось 2 недели назад: появилась одышка, ортопноэ, участились пароксизмы мерцательной аритмии, в связи с чем она была госпитализирована. Проводилось лечение в/в введением амиодарона, нестероидными противовоспалительными средствами внутрь, в/м введением антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

Объективное исследование: дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систоло-диастолический шум. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторное исследование: биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи без патологий, антитела к тиреоглобулину- 173 МЕ/мл (0-100 МЕ/мл).

Гормональное исследование: ТТГ - 27,8 МЕ/мл(0,32-3,37 мкМЕ/мл).

Ультразвуковое исследование щитовидной железы: LS 1,2×2,2×5,0 мм, LD 1,8×2,0×4,7 мм, перешеек - 9 мм. Эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность снижена. Заключение: гиперплазия щитовидной железы с диффузной перестройкой эхоструктуры по типу аутоиммунного тиреоидита.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 75 уд. в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии ЛЖ, диффузные изменения миокарда.

ЭхоКГ – конечно - диастолический размер ЛЖ – 57 мм, толщина задней стенки ЛЖ- 10 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 10 мм, характер движения межжелудочковой перегородки нормальный, непрерывность перегородочно-артального соединения сохранена, экскурсия стенок ЛЖ нормальная. Правые отделы сердца не увеличены. Створки митрального клапана уплотнены. Аортальный, пульмональный, трикуспидальный клапаны без особенностей. Левое предсердие – 46*70 мм.

1. Какой диагноз можно поставить?

2. Тактика лечения.

Задача № 17. Раздел 6. Эндокринология

Больная А., 52 года обратилась к врачу общей практики с жалобами на сильные боли в области шеи, общую слабость, температуру до 37,4 и головную боль.

Месяц назад перенесла острый бронхит. Затем в течение недели находилась на лечении у терапевта с диагнозом эрозивный гастрит. В конце лечения появились сильные боли в шее, слабость и температура до 37,4, головная боль. Была назначена антибиотикотерапия. Направлена к ЛОР-врачу. Был выставлен диагноз: хронический фарингит, обострение. Улучшения в состоянии не отмечала. Была направлена на консультацию к эндокринологу. Объективное исследование: кожные покровы теплые, влажные. Мелкий тремор пальцев рук. Тоны сердца ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. ЧСС – 88 уд. в 1 мин.

При осмотре области шеи видна увеличенная щитовидная железа, кожные покровы в области шеи физиологической окраски. При пальпации – щитовидная железа увеличена, 2 ст. по ВОЗ, резко болезненная, мягко-эластической консистенции. Живот болезненный в эпигастральной области.

Лабораторное исследование: полный анализ крови - СОЭ 50мм\ч. Гормональное исследование: ТТГ – 1,2 мкМЕд\л, свободный Т4 – 12,5 пмоль/л.

УЗИ щитовидной железы: Щитовидная железа расположена обычно. Деформирована. Контур неровный. Объем 23,5 см куб. Структура очагово-неоднородная, экзогенность неравномерная, в левой доле узлы 0,8 и 0,7 см в диаметре. В правой доле гипоэхогенная зона с нечетким контуром общим размером 2,5 на 0,9 см.

1. Какой диагноз у пациентки?
2. Какую следует выбрать тактику лечения?

Задача № 18. Раздел 6. Эндокринология

Пациентка Б. 46 лет, состоит на «Д» учете у невролога по поводу остеохондроза. При обследовании в полном анализе крови обнаружено повышение СОЭ до 34 мм/час. Пациентка предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,5°C в течении двух недель, боли в шее ноющего характера, без иррадиации, усиливающиеся при глотании. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной влажности, физиологической окраски. Щитовидная железа плотной консистенции, больше в области перешейка и левой доли, не увеличена, болезненна при пальпации. Глазные симптомы отрицательные, тремор рук отрицательные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 130/70, пульс 74.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты-5,2х10⁹, гемоглобин-118 г/л, эритроциты-4,16х10¹², тромбоциты-203х10⁹, СОЭ-35, лейкоцитарная формула: с/я 61, м 9, э 3, л 27.

УЗИ щитовидной железы: расположение обычное, контуры ровные, VLD=3,0мл, VLS=5,0мл, перешеек 8 мм, Суммарный объем 8,0 мл. Эхоструктура неоднородная. В нижнем полюсе справа очаговое снижение эхогенности до 1,5 см. Узлов нет. Шейные лимфоузлы без особенностей. Сосудистый рисунок усилен при ЦДК в LS.

Заключение: структурные изменения характерны для подострого тиреоидита. (тотальное поражение LS и перешейка).

Ваш диагноз.

Ваша тактика лечения.

Задача № 19. Раздел 6. Эндокринология

Больная Н. 39 лет, поступила в приемный покой по скорой с жалобами на рвоту, сухость во рту, боли в поясничной области, ломящие боли в костях голеней, резкую слабость.

Из анамнеза: в течение 5 лет стоит на «Д» учете у фтизиатра с диагнозом: очаговый туберкулез легких.

Два месяца назад отдыхала в Ялте в санатории для туберкулезных больных, загорала, купалась, чувствовала себя хорошо.

Объективно: общее состояние тяжелое, резкая слабость, не может стоять.

Рост 176, вес 62 кг, истощена.

Кожа землисто-серого цвета, периферические лимфоузлы не увеличены, язык суховат, обложен белым налетом, область щитовидной железы не изменена, в легких хрипов нет, дыхание везикулярное, тоны ритмичные, частота сердечных сокращений 106 ударов в минуту, АД 140/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, втянут, печень не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Лабораторные исследования: полный анализ крови – гемоглобин 78 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9$; СОЭ – 28 мм/час; лимфоциты – 43; эозинофилы – 4; моноциты – 7; с/я – 42; п/я – 4. Полный анализ мочи: уд. вес – 1008; эп. – 10 в/п; лейкоциты – сплошь; белок – 0,66 г/л. Биохимический анализ крови: креатинин крови – 104; мочевины – 38; билирубин – 21; общий белок – 68 г/л., К – 3,4 ммоль/л; Ф – 1,1 ммоль/л; Са – 5,9 ммоль/л.

ФГ легких – кальцинаты в обеих верхушках и корнях легких.

Предположительный диагноз.

Ваша тактика дальнейшего обследования. Какие изменения Вы ожидаете получить.

Тактика лечения.

Задача № 20. Раздел 6. Эндокринология.

Пациент К. 47 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сухость во рту, жажду до 5 л/сут. Терапевт назначил обследование: глюкоза крови натощак, полный анализ крови, полный анализ мочи. Получены следующие данные: сахар крови натощак – 6 ммоль/л; полный анализ крови : Hb – 125 г/л, лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ – 10 мм/ч; полный анализ мочи : прозрачная, светло-желтая, белок – 0; уд.вес 1001, глюкоза – 0, плоский эпителий – 3-4 в п/з, лейкоциты – 1-2 в п/з, эритроциты – 0. Проведён ГТТ с 75г глюкозы: натощак сахар крови – 6,3, через 2 ч после нагрузки – 7,8 ммоль/л.

Пациент направляется на консультацию к эндокринологу для назначения лечения с предварительным диагнозом: Нарушение толерантности к глюкозе.

На приеме у эндокринолога пациент предъявляет жалобы на сухость во рту и жажду до 5 л/сут, частое и безболезненное мочеиспускание.

Наследственность по эндокринным заболеваниям неотягощена.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, частые ангины, АГ, ЧМТ в возрасте 26 лет, без потери сознания.

Туберкулез, гепатит А - отрицает.

Аллергоанамнез – б/о.

Объективное исследование: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы суховаты, физиологической окраски. Повышенного питания, распределение ПЖК по абдоминальному типу (ИМТ = 32). Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягкая, безболезненная, смещается при глотании. Тремор рук, глазные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное хрипов – нет. Тоны сердца ритмичные, АД=150/90 мм рт ст, пульс – 79 в мин. Живот мягкий, безболезненный Отеков нет.

1. Каков предварительный диагноз.
2. Каков план обследования.
3. Какова лечебная тактика.

Задача № 21. Раздел 6. Эндокринология

К участковому врачу обратилась женщина 60-ти лет с жалобами на постоянные боли в костях и суставах. Из анамнеза: наблюдается у ревматолога с диагнозом деформирующий остеоартроз. Отмечает постоянно повышенный уровень кальция в крови (Са общ-2,8 ммоль/л, Са иониз.- 1,8 ммоль/л, ЩФ- 8 ед). На рентгенограмме кистей рук и стоп признаки деформирующего остеоартроза, остеопороза с явлениями субпериостальной резорбции. Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Питание пониженное. Кожные покровы землистого оттенка, сухие. Язык суховат, у корня покрыт белым налетом. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС-80 в мин., АД-140/85 мм. рт. ст. Живот мягкий,

умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень не увеличена, безболезненна. Пастозность голеней и стоп. Щитовидная железа мягко-эластической консистенции, не увеличена.

Ваш предварительный диагноз.

Какие исследования следует провести для уточнения диагноза и какие ожидаете получить изменения.

Дальнейшая тактика.

Задача № 22. Раздел 6. Эндокринология

Мужчина 47 лет обратился с жалобами на повышение артериального давления до 130/140/90 мм. рт. ст., отеки на ногах, век, утомляемость, снижение работоспособности, снижение памяти. Из анамнеза: работает мастером на металлургическом заводе, в горячем цехе.

Перенесенные заболевания - ОРВИ, частые ангины в детстве, хр. гастрит. Вредные привычки отрицает.

Объективное исследование: состояние ближе к удовлетворительному. Вес- 98 кг, рост - 178 см. Кожные покровы бледно - розовые, сухие; цианоз губ. Речь замедленна. Отеки голеностопных суставов, н/3 голени, одутловатость лица. Глазные симптомы отрицательны. Тремора век, кистей нет. Щитовидная железа четко не пальпируется. Лимфоузлы шеи не пальпируются. Дыхание везикулярное, жестковато, хрипов нет. ЧДД- 17 в мин. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД= 135/90 мм. рт. ст., ЧСС 66 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги, безболезненна. Температура тела 36,0 С.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты - $7,3 \times 10^9$; эритроциты - $3,25 \times 10^{12}$; гемоглобин - 110 г/л; с/я- 46, лимфоциты - 48, моноциты - 8, СОЭ- 27 мм/ч. Полный анализ мочи: с/ж, 1025, белок- 140 мг, лейкоц- 4-5 в п/зр, эр- 1 в п/зр, слизь. Биохимическое исследование крови – сахар - 4,5 мм/л, холестерин - 7,2 мм/л, ТГ - 2,6 мм/л, АСТ - 36 ЕД/л, АЛТ - 40 ЕД/л, общ белок - 65 г/л, мочевины - 6,0 мм/л, креатинин - 101 мкм/л.

ЭКГ: ритм синусовый, эл/ось промежуточна, ЧСС=60, дистрофические изменения во всех отведениях.

Гормональное исследование: ТТГ - 26 мкМЕ/мл, свТ4 - 7 пмоль/л, ат - ТПО- 654 ЕД/л.

Находился на стационарном лечении в условиях терапевтического отделения с диагнозом: Гипертоническая болезнь 1ст, риск 3. ХСН1, ФК 1. Улучшения при выписке не отметил. Консультирован нефрологом - данных за нефротический синдром нет.

Какой предположительный диагноз.

Тактика ведения данного пациента?

Задача № 23. Раздел 6. Эндокринология

Девушка 28 лет обратилась к врачу с жалобами на выпадение волос, ломкость ногтей, утомляемость, нерегулярный цикл менструаций, менструации скудные. Из данных анамнеза выяснено - в браке 3 года, детей нет. У гинеколога состоит на учете по поводу бесплодия. Работает юристом. Перенесенные заболевания - ОРВИ, грипп, паротит в детстве.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, кожные покровы физиологической окраски, суховаты, ногти пальцев рук слоятся, оволосение по женскому типу. Глазные симптомы отрицательные. Тремора век, кистей нет. Щитовидная железа безболезненна, плотно-эластическая, контуры неровные, узлы не пальпируются, не увеличена. Лимфоузлы шеи не пальпируются. При надавливании на соски молочных желез выделения светлого цвета. Отеков нет. Дыхание везикулярное,

хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, АД - 125/85 мм. рт. ст., пульс - 68 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные исследования: полный анализ крови: лейкоциты - $5,7 \times 10^9$; гемоглобин - 113 г/л; СОЭ 5 мм/ч. Биохимическое исследование крови: общий холестерин - 6,0 мм/л, ТГ - 1,8 мм/л, глюкоза - 5,0 мм/л, АСТ - 26 ЕД, АЛТ - 28 ЕД, билирубин - 8,8 мм/л.

Гормональный фон: ТТГ - 4,8 мкМЕ/мл, свТ4 - 11 пмоль/л, Ат-ТПО - 115 Ед/л, пролактин - 1254 нм/л.

УЗИ щитовидной железы: V=16 мл, структура неоднородная, гипоехогенная. Данные за АИТ.

Ваш диагноз.

Ваша дальнейшая тактика обследования.

Тактика лечения.

Задача № 24. Раздел 6. Эндокринология

Больной, 30 лет поступил в терапевтическое отделение после консультации кардиолога, к которому обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, понижение артериального давления, резкую слабость. При сборе анамнеза больной отвечает, что самочувствие ухудшилось после перенесенного психо-эмоционального стресса около полутора года назад. Постепенно нарастала слабость, головокружение, потеря аппетита, тошнота, боли в мышцах, которые купировались приемом таблеток мова-лиса. Окружающие стали отмечать потерю в весе, потемнение кожных покровов.

Объективное исследование: больной в сознании. Рост 170 см, вес 64 кг. Кожные покровы смуглые с участками пигментации, сухости в местах физиологических сгибов, в складках кожи на ладонной поверхности. Кожа на ощупь сухая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке. АД 90/60, ЧСС 56 в мин. Живот умеренно болезненный в области эпигастрия.

Лабораторные исследования: полный анализ крови и мочи б\о. Биохимический анализ крови: сахар - 5,5 ммоль/л, АСТ - 44,2 ЕД/л, АЛТ - 33,4 ЕД/л, общий белок - 78 г/л, К - 4,9, Na - 133 ммоль/л.

Гормональное исследование: кортизол - 11,3 ммоль/л.

УЗИ надпочечников: размеры надпочечников в норме, слева - в медиальной ножке жировая дегенерация.

Консультация фтизиатра - туберкулезной патологии не выявлено. Консультация инфекциониста - инфекционных болезней не выявлено.

1. Какой диагноз у пациента.

2. Дифференциальный диагноз.

Задача № 1. Раздел 7. Гематология

Больной Т., 39 лет, учитель. Доставлен с работы на машине скорой помощи в гематологическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, бледность кожных покровов. Болен в течение 2-х месяцев: появилась одышка при обычной физической нагрузке, быстрая утомляемость, которые постепенно нарастали, появились геморрагические высыпания на ногах. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые выраженной бледности. На туловище и конечностях петехиально-пятнистая геморрагическая сыпь. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Дыхание везикулярное, 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, 110 в 1 мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. - $1,24 \times 10^{12}$ /л, Нв - 44 г/л, гематокрит - 0,14, СЭО - 112,9 фл, ССГЭ - 35,5 пг, СКГЭ - 314,0 г/л, ретик. - 0,1%, тромбоц. - $17,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $2,9 \times 10^9$ /л, нейтр. п/я - 3%, нейтр. с/я - 39%, лимфоц. - 54%, моноц. - 4%, СОЭ - 47 мм/ч.

Миелограмма: миелобласты-2,5%, н.промиелоциты – 8,5% лимфоциты-18,5%, плазмоциты – 2,5%, мегакарициты – 5%, недействительные миелокарициты – $50 \times 10^9/\text{л}$, мегалобласты – 0,5%, эритроидный росток-27,5%. Соотношение лейкоцитов/эритроцитов-2,6:1. Заключение: Пунктат костного мозга клеточный, полиморфный по составу. Увеличено количество промиелоцитов, небольшое раздражение красного ростка, встречаются единичные мегалобласты, эритроциты с тельцами Жолли. В нейтрофилах токсогенная зернистость.

1. Ваш диагноз, обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Чем можно объяснить увеличение числа промиелоцитов, появление нейтрофилов с токсогенной зернистостью, мегалобластов, эритроцитов с тельцами Жолли, снижение числа мегакарицитов в костном мозге?
4. Тактика лечения.

Задача № 2. Раздел 7. Гематология

Больная Т., 66 лет, инвалид II группы, в течение 2,5 лет лечится у гематолога. Состояние было удовлетворительным. В течение последних 2-х недель отмечает ухудшение самочувствия: появилась выраженная общая слабость, потливость, одышка и учащенное сердцебиение при незначительной нагрузке, мелькание мушек перед глазами, похудела. В экстренном порядке госпитализирована в гематологическое отделение. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, склеры субиктеричные. Пальпируются все группы периферических лимфоузлов в виде конгломератов (шейные, подмышечные, паховые), безболезненные, мягко-эластической консистенции, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, размерами до 5,0 см. Дыхание в легких везикулярное, 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. Пульс ритмичный 108 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются конгломераты безболезненных, плотных внутрибрюшных лимфоузлов. Печень +4 см, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Селезенка + 2 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. - $1,90 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв – 55 г/л, гематокрит – 0,172 л/л, СЭО – 90,5 фл, ССГЭ – 28,9 пг, СКГЭ – 319,76 г/л, ретик. – 2,3%, тромбоц. – $48 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/\text{л}$, эоз. – 2%, нейтр. с/я – 9%, лимфоц. – 82%, мон. – 6%, плазмоциты – 1%, СОЭ -51 мм/ч, клетки Гумпрехта-Боткина в незначительном количестве.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, мономорфный. Представлен в основном лимфоцитами. Клетки других ростков отсутствуют.

Биохимические анализы крови: общий белок – 57 г/л, альбумины – 37,1 г/л, глобулины – 19,9 г/л, билирубин общий – 23,83 мкм/л, прямой – 9,8 мкм/л, непрямой – 14,0 мкм/л. Криоглобулины -0, IgA – 0,34 г/л, IgG-4,2 г/л, IgM – 1,5 г/л. ЦИК-1,0 ед, фибриноген – 3,3 г/л. Проба Кумбса прямая – положительная, непрямая – отрицательная.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Назовите возникшие осложнения, их обоснование.
3. Какие еще осложнения угрожают больному и почему?
4. Лечебная тактика.

Задача № 3. Раздел 7. Гематология

Больной Н., 32 года, находится на стационарном лечении в гематологическом отделении. Жалобы на слабость, потливость, мелькание мушек перед глазами. Состояние легкой степени тяжести. Кожные покровы умеренной бледности, на туловище, конечностях единичные геморрагические высыпания в виде пятен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, безболезненная. Селезенка

выступает на 2 см из-под края реберной дуги, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. – $2,59 \times 10^{12}/л$, Нв – 84 г/л, ССГЭ-32,4 пг, ретик. -0,3%, тромбоц. $101 \times 10^9/л$, лейкоц.- $11 \times 10^9/л$, бластные клетки – 38%, метамиелоц. нейтр. – 1%, нейтроф.п/я – 5%, нейтр. с/я – 15%, лимфоциты – 39%, моноциты – 2%, СОЭ – 50 мм/ч.

В миелограмме обнаружено 88% бластов.

Цитохимическое исследование: в бластных клетках реакции на пероксидазу и липиды отрицательные, на гликоген в 6% в гранулярной форме, в 20% - гранулярно-диффузной форме. Ультразвуковое исследование выявило небольшое увеличение селезенки (S=97 см²). Анализ ликвора без изменений.

1. Ваш диагноз. Обоснование диагноза.
2. Какие исследования необходимы еще выполнить для верификации диагноза?
3. Чем обусловлены геморрагические проявления?
4. Принципы лечения, их обоснование.
5. Прогноз заболевания.

Задача № 4. Раздел 7. Гематология

Больная Ш., 58 лет, находится на диспансерном учете у гематолога. Впервые заболевание обнаружено 4 года назад терапевтом во время стационарного лечения по поводу пневмонии. Обратили внимание увеличенные шейные и аксиллярные лимфоузлы размером до 1,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. По данным УЗИ - спленомегалия (13,0×6,2 см. S=80,6 см²) и увеличение внутрибрюшных лимфоузлов в эпигастриальной области.

Анализ крови: эр. – $4,33 \times 10^{12}/л$, Нв – 133 г/л, ССГЭ – 30,7 пг, тромбоц. – $186 \times 10^9/л$, лейкоц. – $68,3 \times 10^9/л$, нейтроф. п/я – 2%, нейтроф. с/я – 4%, лимфоциты – 92%, моноциты – 2%, СОЭ – 11 мм/ч, клетки Гумпрехта-Боткина в небольшом количестве.

Гематологом выставлен диагноз: Хр. лимфолейкоз и назначена терапия препаратом хлорбутин по 10 мг 1-2-3 раза в неделю под контролем крови. Монотерапия хлорбутином продолжалась 3,5 года, однако пациентка не строго выполняла назначения врача и лечилась нерегулярно. Настоящее обращение пациентки к врачу связано с ухудшением состояния: появилась выраженная общая слабость, повышенная утомляемость, потливость. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Увеличились в размерах все группы периферических лимфоузлов (шейные, подключичные, аксиллярные, паховые) до 2-2,5 см, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. Увеличились печень (+2 см) и селезенка (+8 см), плотно-эластической консистенции, безболезненные.

Анализ крови: эр. – $3,14 \times 10^{12}/л$, Нв – 100 г/л, ССГЭ – 31,9 пг, ретикулоц. – 2,1%, тромбоц. – $78 \times 10^9/л$, лейкоц. – $101 \times 10^9/л$, нейтроф. с/я – 7%, пролимфоциты – 2%, лимфоциты – 86%, моноц. – 5%, СОЭ – 18 мм/ч, клетки Гумбрехта-Боткина в большом количестве. Билирубин общий – 37,0 мкм/л, прямой – 7 мкм/л, непрямой – 30 мкм/л.

Анализ мочи: прозрачная, цвет – насыщенно-желтый, белок – 0,08 г/л, эпит. кл. – един. в поле зр., лейкоц. – 1-3-4 в п/зр, соли – ураты в незнач. количестве, слизь +++, уробилин – 17-51 мкМ/л, гемосидерин – отр. УЗИ органов брюшной полости – селезенка увеличена (25×8,7 см, S=193 см²).

1. Ведущие синдромы.
2. Ваш диагноз: основное заболевание, осложнения.
3. С чем связано ухудшение состояния пациентки?
4. Принципы лечения.

Задача № 5. Раздел 7. Гематология

Пациент Б, 27 лет, фрезеровщик. Направлен участковым терапевтом на консультацию к гематологу с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 38,0С, ка-

шель с прожилками крови. При обследовании выявлена лимфоаденопатия: увеличены шейные, над- и подключичные лимфоузлы слева, аксиллярные лимфоузлы до 1 см, плотно-эластические, безболезненные. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. – $4,46 \times 10^{12}/л$, Нв – 136 г/л, тромбоц. – $170 \times 10^9/л$, лейкоц. – $21,2 \times 10^9/л$, эоз. – 1%, нейтр. п/я – 2%, нейтр. с/я – 82%, лимф. – 6%, моноц. – 9%, СОЭ – 46 мм/ч.

Биохимические исследования: ЛДГ – 489,7 ед/л, фибриноген – 7,2 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки: слева в верхнем этаже переднего средостения округлое образование с четкими контурами. Сердце и корни легких без особенностей.

Гистологический анализ биопсированного шейного лимфоузла слева: структура лимфоузла стерта лимфоидным инфильтратом с участками кольцевидного фиброза стромы. В центрах нодулей располагаются клетки типа Березовского-Штернберга и Ходжкина.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения?
4. Принципы лечения.

Задача № 6. Раздел 7. Гематология

Больная Б., 58 лет. Обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, кожный зуд, увеличение лимфатических узлов, боли в животе. Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Увеличены все группы периферических лимфоузлов, объединенных в конгломераты, размерами до 5 см, малоподвижные, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, в межлопаточной области ослабленное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, 88 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, пальпируются конгломераты плотных малоболезненных образований, умеренная болезненность в околопупочной области. Печень увеличена, +3 см. Селезенка увеличена +5 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ крови: эр. – $3,22 \times 10^{12}/л$, Нв – 108 г/л, ССГЭ – 33,5 пг, ретикул. – 1,4%, тромбоц. – $280 \times 10^9/л$, лейкоц. – $107 \times 10^9/л$, нейтроф. п/я – 1%, нейтроф. с/я – 6%, лимфоциты – 93%. Клетки Гумпрехта-Боткина в большом количестве.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в S3 правого легкого округлая тень размером 2,2 см с неровными четкими контурами, однородная. Корни бесструктурные, расширены за счет наличия множества округлых однородных теней размерами 2-2,5 см. Сердце широко лежит на диафрагме, аорта без особенностей. Верхнее средостение расширено кпереди, вправо и влево за счет однородной тени с нечеткими контурами. Заключение: поражение правого легкого опухолевым процессом. Увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных, бронхопульмональных лимфоузлов.

УЗИ органов брюшной полости: селезенка увеличена (площадь 53 см²). Печень увеличена за счет правой доли. В брюшной полости значительное увеличение лимфоузлов: в области ворот печени по ходу малого сальника размером до 5 см, сливающиеся в пакет в области ворот селезенки – до 3 см; забрюшинные – до 3 см, паракаваальные – до 2,8 см.

Ваш диагноз.

Обоснование диагноза.

Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Чем объяснить такие симптомы болезни как общая слабость, кожный зуд, боли в животе?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?

Задача № 7. Раздел 7. Гематология

Больной Ш., 68 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, утомляемость, периодические колющие боли в области сердца, одышку при незначительной физической нагрузке. Болен с детства, отмечает постоянную бледность кожных покровов с периодическим желтушным окрашиванием. К врачам впервые обратился в возрасте 34-х лет в связи с усилением выше названных проявлений болезни. При осмотре было обнаружено увеличение селезенки. С тех пор наблюдается у гематолога. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 84 в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка плотная, выступает из-под края реберной дуги на 3 см, безболезненная.

Анализ крови: эр. – $5,23 \times 10^{12}/л$, Нв – 91 г/л, гематокрит – 32,9%, ССГЭ – 17,5 пг, СЭО – 63 фл, СКГЭ – 278 г/л, ретикулоц. – 2,8%, тромбоц. – $289 \times 10^9/л$, лейкоц. – $4,6 \times 10^9/л$, базоф. – 1%, эоз. – 2%, нейтроф. с/я – 68%, лимф. – 24%, моноц. – 5%, СОЭ – 16 мм/ч. В мазке крови микроцитоз эритроцитов, встречаются мишеневидные эритроциты. Билирубин крови – 28,2 мкм/л, прямой – 4,23 мкм/л, непрямой – 23,97 мкм/л. Сывороточное железо – 17 мкм/л, общая железо-связывающая способность сыворотки крови – 58,6 мкм/л, коэф. насыщения трансферрина железом – 29%. Осмотическая устойчивость эритроцитов: min – 0,42% NaCl, max – 0,18% NaCl.

Ваш предварительный диагноз.

С каким заболеванием дифференцировать?

Какие исследования необходимо еще выполнить для уточнения диагноза?

Ваша тактика.

Задача № 8. Раздел 7. Гематология

Больная В., 18 лет. В течение шести лет периодически появляются множественные спонтанные кровоподтеки на коже туловища и конечностей, носовые кровотечения. По этому поводу неоднократно лечилась в условиях гематологического стационара. Дебют заболевания связан с перенесенной ОРВИ в 12 лет, которая протекала остро с высокой температурой, кашлем. Больная принимала аспирин по 1 таб. 3-4 раза/день и на этом фоне появились геморрагии на теле и носовые кровотечения. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, обильные по 6-7 дней. Любит есть мел, расслаивание ногтей, выпадение волос. При осмотре, состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, имеются единичные кровоизлияния (пятна и петехии) на конечностях и нижней части туловища от синюшного до желто-зеленоватого цвета. Поперечная исчерченность ногтей. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. – $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв – 94 г/л, гематокрит – 0,311 л/л, СЭО – 79,7 фл, ССГЭ – 24,1 пг, СКГЭ – 302,3 г/л, ретикул. – 0,6%, тромбоц. – $52 \times 10^9/л$, лейкоц. – $4,310^9/л$, нейтр. с/я – 51%, лимфоц. – 36%, моноц. – 11%, плазматические клетки – 2%, СОЭ – 23 мм/ч, В мазке крови гипохромия, анизоцитоз эритроцитов.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, полиморфный. Мегакариоциты в достаточном количестве, преобладают формы без формирования и отшнуровки тромбоцитов, встречаются микроформы. Нейтрофильный росток – созревание не нарушено. Эритроидный росток 29%.

Коагулограмма: время свертывания – 4 мин 12 сек, время кровотечения по Дукке – 6 мин 10 сек, протромбиновое время – 15,6 сек, ПТИ – 87%, МНО – 1,22, фибриноген – 2,1 г/л, растворимые фибрин – мономеры – 16 мг%, АЧТВ – 28 сек, ретракция кров. сгустка – 46%.

Ваш диагноз (основное заболевание и осложнение). Обоснование диагноза.

Какие заболевания следует исключить в ходе диагностического поиска?

План обследования с учетом этих заболеваний?

Какие изменения ожидаете получить со стороны показателей обмена железа?

Тактика лечения. Показано ли переливание тромбоконцентрата?

Задача № 9. Раздел 7. Гематология.

Больной В., 50 лет. Поступил на стационарное лечение с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие боли в поясничном отделе позвоночника, нижних конечностях, зябкость стоп. Болен в течение 9 месяцев. Обследовался и лечился в гематологическом отделении, отмечал улучшение состояния. Настоящая госпитализация связана с продолжением курса лечения. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Грудная клетка нормостеническая, безболезненная. Дыхание везикулярное, 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в 1 мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень (+) 1 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эр. – $2,04 \times 10^{12}/л$, Нв – 66,0 г/л, гематокр. – 0,217 л/л, СЭО – 101,5 фл, ССГЭ – 32,4 пг, СКГЭ – 318,9 г/л, ретикул. – 0,3%, тромб. – $65,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $6,3 \times 10^9/л$, нейтр. с/я – 54,1%, лимфоц. – 37%, моноц. – 9%, СОЭ – 73 мм/ч.

Общий белок крови – 79 г/л, альбумины – 39,39%, α_1 -глобулины – 3,99%, α_2 – глобулины – 8,07%, β -глобулины – 6,67%, γ -глобулины – 41,87%. А/Г – 0,65. М-градиент между β и γ -глобулинами – 24,5 г/л. Креатинин крови – 0,203 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л. Анализ мочи: плотность – 1017, белок – 7,3 г/л, эп. клетки – 0-1 п/зр., лейкоц. – 2-4 в п/зр., эр. -0-1 в п/зр.

Электрофорез концентрированной мочи: фракция 1 – 11,31%, фракция 2 – 88,69%, общий белок в моче – 10,0 г/л, белок Бенс-Джонса – 8,8 г/л.

Миелограмма: пунктат костного мозга с пониженным содержанием клеточных элементов, полиморфный. Повышенно количество плазмочитов – 67% и лимфоцитов – 23,5%.

Назовите ведущие клинические синдромы. Ваш диагноз?

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Патогенез костных поражений при данной патологии.

Назовите частые осложнения заболевания.

Принципы лечения.

Задача № 10. Раздел 7. Гематология

Больная С., 58 лет в течение 4,5 лет наблюдалась у терапевта и ревматолога с диагнозом деформирующий артроз с поражением крупных и мелких суставов. Беспокоили интенсивные ноющие боли в суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Выявлено увеличение СОЭ. Неоднократно лечилась в стационарных и амбулаторных условиях: принимала найз, индометацин, ортофен. Больная переболела пневмонией, отмечает частые простудные респираторные заболевания (ОРВИ). За последнее время боли в суставах и позвоночника усилились, появилась нарастающая общая слабость и была направлена к гематологу. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка безболезненная. Дыхание везикулярное, жесткое, 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, I тон приглушен. Пульс ритмичный, 94 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. – $3,27 \times 10^{12}$ г/л, Нв – 107 г/л, гематокрит – 0,330 л/л, СЭО – 100,9 фл, ССГЭ – 32,7 пг, СКГЭ – 324,2 г/л, ретик. – 0,7%, тромбоц. – $191 \times 10^9/л$, лейкоц. – $6,1 \times 10^9/л$, эоз. – 5%, нейтроф. с/я – 41%, лимфоц. – 45%, моноциты – 9%, СОЭ – 66 мм/ч. Общий белок крови – 115 г/л, А – 38,34%, α_1 -глоб. – 2,6%, α_2 -глоб. – 5,52%, β -глоб. – 6,56%, γ -глоб. – 46,97%. А/Г коэф. – 0,62. М-градиент – 47,2 г/л (41%), IgA – 0,78 г/л, IgG – 21 г/л, IgM -1,1 г/л. ЦИК -0, криоглобулин (+), кальций крови – 2,2 ммМ/л, калий – 4,7 ммМ/л, креатинин – 0,067 ммМ/л.

Анализ мочи: плотность – 1011, белок -0, эп.кл. – 1-2 в п/зр., лейкоц. – 0-1 в п/зр., эр. – измен. 0-1 в п/зр., эр. выщелоч. – 0-1 в п/зр., слизь (+). Суточное количество белка в моче – 0.

Миелограмма: количество плазматических клеток – 10,5%.

Установите и обоснуйте диагноз.

Назначьте дополнительный план обследования для уточнения диагноза.

Какие изменения ожидаете получить на рентгенограмме костей скелета?

Какой должна быть лечебная тактика.

Прогноз. Возможно ли выздоровление?

Задача № 11. Раздел 7. Гематология

Больной М., 48 лет, инв. II группы. Поступил экстренно в стационар с жалобами на слабость, выраженные боли в левом тазобедренном суставе, поясничной области, усиливающиеся при движении. Мочеиспускание болезненное, моча цвета «мясных помоев». Пациент с раннего детства страдает повышенной кровоточивостью, по поводу чего неоднократно лечился у гематолога амбулаторно и стационарно. У родного брата – подобное заболевание. Состояние средней тяжести. Положение вынужденное – лежа или сидя из-за выраженных болей. Кожные покровы умеренной бледности. Коленные суставы деформированы отмечается их тугоподвижность, активные и пассивные движения в них резко ограничены. Пальпация в области тазобедренного сустава слева резко болезненна, сустав деформирован. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание в легких везикулярное, 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 80 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, болезненный при пальпации в подвздошных областях. Печень +2 см, несколько уплотнена. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положителен слева.

Анализ крови: эр. – $3,97 \times 10^{12}/л$, Нв – 125 г/л, гематокр. – 0,375 л/л, СЭО – 94,5 фл, ССГЭ – 31,5 пг, СКГЭ – 333,0 г/л, ретик. – 2,3%, тромб. – $168 \times 10^9/л$, лейкоц. – $4,4 \times 10^9/л$, баз. – 1%, эоз. – 2%, миелоц. нейтр. – 1%, п/яд. нейтр. – 22%, нейтр. с/я. – 55%, лимф. – 18%, плазмоц. – 1%, СОЭ – 25 мм/ч.

Коагулограмма: протромбиновое время – 16,6 сек, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 49,4 сек, тромбиновое время – 13,9 сек, фибриноген – 4,2 г/л.

Ваш диагноз: основное заболевание, осложнения. Обоснование диагноза.

Назовите причину и патогенез геморрагий.

Чем объяснить сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево?

Принципы лечения основного заболевания?

Задача № 12. Раздел 7. Гематология

Больная П., 28 лет поступила в гематологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из десен, головокружение, общую слабость и одышку при незначительной физической нагрузке. Больна с рождения: длительная кровоточивость из царапин, ссадин (в том числе мелких); частые обильные носовые и (или) десневые кровотечения; синяки на теле от незначительных ударов или спонтанные. С 2-х летнего возраста на учете у гематолога. С 11 летнего возраста обильные менструации по 7-10 дней, иногда маточные кровотечения продолжительностью до 1-1,5 месяцев. 2 года назад обильное луночное кровотечение после экстракции зуба. Лечилась по поводу геморрагий неоднократно в амбулаторных и стационарных условиях. Наследственность по материнской линии отягощена: геморрагии наблюдались у прадеда, бабушки, у двух дядей, матери. Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Видимые слизистые и кожные покровы бледные. Десны рыхлые, подкравливают. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 90 в мин. 1 тон на верхушке сердца приглушен. Систолический шум в 1 точке аускультации. АД = 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: эр. – $2,97 \times 10^{12}/л$, Нв – 63,0 г/л, гематокр. – 0,212 л/л, СЭО – 71,4 фл, ССГЭ – 21 пг, СКГЭ – 297,2 г/л, ретикул. – 0,5%, тромбоц. – $250 \times 10^9/л$, лейкоц. – $6,6 \times 10^9/л$, баз. – 1%, эоз – 4%, метамиелоц. нейтр. – 1%, нейтр. с/я – 52%, лимф. – 36%, мон. – 6%, СОЭ –

29 мм/ч. В мазке анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Железо в сыворотке крови – 5,7 мкмоль/л, ОЖСС – 78,3 мкмоль/л, коэф. насыщения трансферинем железа – 7,28%.

Коагулограмма: время свертывания крови – 6 мин 25 сек; время кровотечения по Дукке – 9 мин; АЧТВ – 45,2 сек; ПТИ – 88%; протромбиновое время – 15,6 сек; тромбиновое время – 16,1 сек; международное нормализованное отношение – 1,0; фибриноген – 2,25 г/л; растворимые фибрин-мономерные комплексы – 19 мг % (МНО); адгезия тромбоцитов – 5,9%; агрегация тромбоцитов с АДФ – 53 сек; агрегация тромбоцитов с ристомидином – 35 сек; ретракция кровяного сгустка – 70%, активность фактора VIII – 61%.

Ваш диагноз основного заболевания и осложнения.

Обоснование диагнозов.

Какое исследование необходимо для уточнения диагноза основного заболевания?

Чем обусловлена кровоточивость при этой болезни?

Принципы гемостатической терапии.

Задача № 13. Раздел 7. Гематология

Больная Н., 21 год, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39 С, выраженную общую слабость, кровоподтеки на теле без видимых причин. Больна в течение 2-х недель. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На теле единичные геморрагические пятна. Пальпируются паховые лимфоузлы до 1,5 см, безболезненные, плотно-эластической консистенции. Дыхание везикулярное, 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, 120 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области и правом подреберье. Печень (+) 1 см., не увеличена (опущена), край мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка - пальпируется нижний край, плотно-эластической консистенции, безболезненна.

Анализ крови: эр. – $3,36 \times 10^{12}/л$, Нв – 102 г/л, гематокр. – 0,310 л/л, СЭО – 92,3 фл, ССГЭ – 30,36 пг, СКГЭ – 329,0 г/л, ретикул. – 0,6%, тромбоц. – $47 \times 10^9 /л$, лейкоц. – $16,4 \times 10^9 /л$, бластные клетки – 73%, промиелоциты – 1%, нейтр. п/я – 1%, нейтр. с/я – 4%, лимф. – 20%, мон. – 1%, СОЭ – 28 мм/ч, нормобласты 1 на 100 лейкоцитов.

Цитохимические исследования: реакции на пероксидазу, липиды и гликоген в бластных клетках отрицательные.

Миелограмма – 60% бластных клеток. Иммуноферментирование клеток костного мозга: фенотипы опухолевых клеток – CD7(+), CD33(+), CD117(+), CD34(+/-).

Ваш диагноз и его обоснование.

Лечебная тактика (принципы).

Трудовая экспертиза.

Ваш прогноз.

Задача № 14. Раздел 7. Гематология.

Больной В., 29 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38 С, общую слабость, головокружение, шум и пульсацию в ушах, одышку и сердцебиение при незначительной нагрузке, сонливость, боли в эпигастрии. Заболел 3 месяца назад, отмечает постепенное ухудшение состояния. Беспокоили также обморочные состояния на фоне выраженной общей слабости. На учете у терапевта по поводу хронического гастрита и у эндокринолога с диагнозом: аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Получает L-тироксин 50 мг. Во время службы в армии в связи с травмой удалена селезенка. Аллергия: на аспирин – крапивница. Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, субиктеричные. Отмечается пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 90 в 1 мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, на передней стенке послеоперационный рубец. Пальпация живота безболезненная. Печень не увеличена.

Анализ крови: эр. – $1,44 \times 10^{12}/л$, Нв – 58 г/л, гематокр. – 0,167 л/л, СЭО – 116 фл, ССГЭ – 40,3 пг, СКГЭ – 347 г/л, ретикул. – 1,1%, тромб. $92 \times 109/л$, лейкоциты- $3,1 \times 109/л$, эоз. – 7%, миел. – 7%, метамиел. нейтр. – 2%, нейтр. с/я – 47%, лимф. – 32%, мон. – 5%, нормобласты -2/100 лейкоц., полисегментация ядер нейтрофилов; макроцитоз эритроцитов, тельца Жолли, базофильная пунктация в эритроцитах.

Миелограмма: пунктат костного мозга клеточный, по составу полиморфный. Наблюдается раздражение эритроидного ростка (34,5%). Развитие красной крови идет по нормо- и мегалобластическому (18,0%) пути кроветворения. Наблюдается анизоцитоз среди гранулоцитарных и эритроидных клеток. Лейкоэритробластическое отношение: 1,9:1. В эритроцитах наблюдается базофильная пунктация и тельца Жолли.

Общий билирубин крови – 34,5 мкм/л, прямой – 6,2 мкм/л, непрямого – 28,3 мкм/л.

Уробилин в моче 0-17 мкм/л, гемосидерин и свободный гемоглобин в моче отрицательный.

ФГС: рефлюкс-гастрит с атрофией слизистой желудка и единичными эрозиями (0,1 см) в антральном отделе. Дуоденит. Рефлюкс-эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс.

Ваш диагноз и его обоснование.

Дифференциальный диагноз.

План обследования.

Причина развития анемии. Обоснование.

Назовите механизм возникновения желтушного синдрома.

Выберите правильное лечение из предложенного: преднизолон, цианкобаламин, фолиевая кислота, переливание плазмы, глюкозы, эритроцитов.

Задача № 15. Раздел 7. Гематология

Больной 18 лет поступил с жалобами на увеличение шейных и надключичных лимфатических узлов, кожный зуд, повышение температуры до 38 С, умеренную общую слабость, ночную потливость. Стул, диурез - в норме.

При осмотре - состояние удовлетворительное. Пальпируются надключичные плотные безболезненные лимфоузлы, 2-3 см в диаметре, не спаянные друг с другом и с кожей, единичные шейные лимфоузлы тех же размеров.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги.

Общий анализ крови - Нв - 136 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, ССГЭ – 32,4 ПГ, ретикулоциты – 0,7 %, тромбоциты - $311 \times 109/л$, лейкоциты - $6,9 \times 109/л$, нейтрофилы : палочкоядерные - 4 %, сегментоядерные - 71 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 48 мм/ч.

РКТ грудной полости - В переднем средостении определяется конгломерат увеличенных л/узлов диаметром до 80 мм.

УЗИ органов брюшной полости печень - $134 \times 110 \times 50$ мм, контуры ровные, подвижность обычная, эхогенность обычная, эхоструктура однородная; селезеночная вена - 6 мм, селезенка - 120×60 мм., форма серповидная, контуры ровные, четкие, эхогенность обычная, эхоструктура однородная; парааортальные л/узлы до 70 мм в диаметре.

Биопсия л/узла: структура лимфоузла стерта лимфоидными инфильтратами, где встречаются клетки Березовского – Штернберга.

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Нуждается ли больной в дообследовании и каком?

Дифференциальная диагностика при данном заболевании.

Лечебная тактика в отношении больного и прогноз заболевания.

Какие осложнения цитостатической терапии Вы знаете?

Задача № 16. Раздел 7. Гематология

Больной Л., 19 лет. Находится под наблюдением у гематолога. Заболевание дебютировало в пятилетнем возрасте с появления болей в животе, рвоты, повышения t тела до

400 С, головных болей, снижения аппетита, похудения. Обнаружено увеличение 4-5 групп периферических лимфоузлов, безболезненных, мягко-эластической консистенции. Живот напряжен в левом подреберье, селезенка увеличена до уровня пупка, болезненная. Печень +3 см с ровным краем, эластичная, безболезненная.

Анализ крови: эр.- $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 106 г/л, ССГЭ-29,4 пг, тромб.- $108 \times 10^9/л$, лейкоц. – $1,6 \times 10^9/л$, нейтр.п/я-15%, нейтр.с/я-40%, лимф.-36%, мон.-7%, бласты- 2%, СОЭ-30 мм/г в час.

Миелограмма: костный мозг достаточно богат клеточными элементами, полиморфный. Белый росток без особенностей. Красный росток – несколько оживлен. Найдены клетки Гоше.

Проведена диагностическая и лечебная спленэктомия. При гистологическом анализе тканей удаленной селезенки выявлены клетки Гоше.

С шестилетнего возраста появились боли в суставах и костях, купируемые анальгетиками. В девятилетнем возрасте пациент консультирован в НИИ педиатрии РАМН и с тех пор там через каждые полгода проходит курсы обследования и специфического (патогенетического) лечения. 6 и 7 лет назад получил 2 курса лучевой терапии на нижнюю треть обеих бедренных костей в дозе 3 Гр на каждую, СОД 6 Гр. В возрасте 12 лет – патологический перелом бедренной кости слева. В 14 летнем возрасте получил курсы противовоспалительной лучевой терапии не область правого тазобедренного сустава и верхней трети бедра по 0,6 Гр 5 раз в неделю, СОД 6 Гр. Наблюдалась положительная динамика. За последние годы - периодические сильные, продолжительные боли в костях, купируются только наркотическими анальгетиками. При последней госпитализации состояние средней тяжести. Из-за болей в поясничной области в правом тазобедренном суставе не может ходить, двигаться. Отмечает периодические носовые кровотечения, выраженную общую слабость. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, край ровный, эласт. консистенции, безболезненная.

Полный анализ крови: эр. – $3,57 \times 10^{12}/л$, Нв-119 г/л, гематокр.-0,381 л/л, СЭО-106,7 фл, ССГЭ-33,3 пг, СКГЭ-312 г/л, тромбоц.- $144 \times 10^9/л$, лейкоц.- $12,6 \times 10^9/л$, эоз.-2%, нейтр.с/я-56%, лимф.-25%, мон.-12%, плазмциты-1%, СОЭ-35 мм/г.

Биохимические анализы крови: ПТИ-81%, фибриноген-5,7 г/л, АЛТ-21,3 ед/л, АСТ-25,9 ед/л, креатинин-0,097 мм/л, общий белок-78,3 г/л, альбумины-53,3%, α1-глоб.-3,59%, α2-глоб.-8,09%, β-глоб.-11,66%, γ-глоб.-23,37%.

Рентгенография правого тазобедренного сустава: в головке, шейке, вертелах, верхней трети диафиза бедренной кости определяются множественные округлые участки деструкции размером 0,4-0,8 см с зонами склероза вокруг них.

1. Ваш диагноз, обоснование.
2. Какое исследование необходимо для уточнения диагноза и назначения патогенетического лечения?
3. Каков патогенез симптомов интоксикации (похудения, лихорадки), увеличения селезенки, печени, поражение костного мозга, костей при этом заболевании?
4. Принципы лечения.

Задача № 17. Раздел 7. Гематология

Пациентка М., 72 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на постоянную интенсивную ноющую боль в поясничном отделе позвоночника, без иррадиации, усиливающуюся при резких движениях и в положении сидя. Также беспокоит выраженная общая слабость, периодическая потливость. Повышения температуры тела не бывает.

Впервые данные симптомы отметила месяц назад. За это время болевой синдром приобретал более интенсивный характер. Дважды вызывала бригаду скорой медицинской помощи, но оказанная медицинская помощь анальгетиками не приносила облегчения. Само-

стоятельно принимала баралгин, найз, ортофен, натираия мазью «Диклофенак», что также не улучшало самочувствие и послужило поводом для визита к врачу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Выраженный лордоз поясничного отдела позвоночника, при пальпации паравerteбральных точек этого отдела - резкая болезненность. Язык у корня обложен беловатым налетом, влажный. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушен 1 тон. Пульс = 76 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон.

Полный анализ крови -гемоглобин - 88 г/л, эритроциты - $2,64 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,48 \times 10^9/л$, тромбоциты - $199 \times 10^9/л$, СОЭ - 74 мм/ч, лейкоцитарная формула: эозинофилы - 3%, нейтр.миелоциты — 1%,нейтрофилы сегменто-ядерные 62%, лимфоциты – 2%, моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 95 г/л, моченая кислота - 362,6 ммоль/л, креатинин - 0,087 ммоль/л, АЛТ - 10 ед/л, АСТ - 22 ед/л, ЛДГ - 0, СРБ - 0, кальций -3,4 ммоль/л.

Полный анализ мочи: удельный вес - 1010, белок -3,1 г/л, лейкоциты -10 -15 в п/зр. Суточный диурез 1,2 л.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: множественные очаги деструкции в телах позвонков L3-L4-L5 диаметром 0,5 - 1 см.

- 1.Какое заболевание можно заподозрить у данной пациентки?
- 2.Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 3.Сочетание каких двух критериев делают диагноз неоспоримым?
- 4.К какому специалисту направите больную?
5. Терапия данного заболевания.

Задача № 18. Раздел 7. Гематология

Мужчина 43 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на выраженную общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение памяти и работоспособности, периодический шум в ушах, головокружение, кратковременное сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, непреодолимое желание есть мел и зубную пасту.

Подобное состояние отмечает в течение полугода, но за медицинской помощью не обращался и не лечился. В течение последних двух недель указанные симптомы беспокоили чаще, что послужило поводом для визита к врачу.

Перенесенные заболевания: ОРЗ 2 раза в год, хронический гастродуоденит.

Наследственность: отец страдал хроническим гастродуодентом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Астеническая конституция. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, незначительная иктеричность носогубного треугольника и ладоней. Поперечная исчерченность ногтевых пластинок, их расслаивание. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык имеет вид «полированного», влажный. Слизистые ротовой полости бледные. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, 1 тон – приглушен. Выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс = 100 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом сотрясения отрицателен с обеих сторон.

Из лабораторных данных известно:

Полный анализ крови: эритроциты - $4,97 \times 10^{12}/л$, гемоглобин -81 г/л, гематокрит – 0,29%, СЭО – 58,4 фл, ССГЭ – 16,3 пг, СКГЭ – 279,3 г/л, ретикулоциты – 0,4%, тромбоциты - $240 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,0 \times 10^9/л$, эозинофилы-2%, нейтрофилы палочко-ядерные-2%,

нейтрофилы сегменто-ядерные-53%, лимфоциты-39%, моноциты-4%, , СОЭ 5 мм/ч. В мазке крови - микроцитоз, анизо- и пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо 10 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки-69 мкмоль/л, латентная железосвязывающая способность сыворотки - 59 мкмоль/л. КНТ = 14,5%.

Выделите ведущие синдромы.

Ваш предварительный диагноз?

Какие еще лабораторно-инструментальные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

Перечислите основные виды анемий, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.

Тактика лечения.

Ответы к задачам

Ответ к задаче № 1. Раздел 1. Кардиология

- 1) Ведущими синдромами в клинической картине выступают: синдром стенокардии, хронической сердечной недостаточности
- 2) Предварительный клинический диагноз: ХРБС. Аортальный порок сердца: недостаточность аортального клапана 3 ст. с регургитацией 2-3 ст. Отн. НМК 2 ст. ХСН IIБ. ФК 2-3.
- 3) Данное состояние возможно при ревматизме, сифилисе, инфекционном эндокардите, ИБС
- 4) Цели лечения - увеличение выживаемости, устранение или облегчение клинической симптоматики, профилактика осложнений. Госпитализация пациентки в кардиоревматологический стационар. Медикаментозная терапия - диуретики, дигоксин, нитраты, ингибиторы АПФ/ингибиторы АТII, бета-адреноблокаторы (учитывая симптомы стенокардии), статины. Решение вопроса об оперативном лечении (протезирование АК).

Прогноз: естественное течение аортального стеноза характеризуется длительным периодом компенсации и отсутствием клинических проявлений. Ежегодно площадь отверстия аортального клапана уменьшается в среднем на 0,12 см². При развитии клинических проявлений (стенокардия, синкопальные состояния, сердечная недостаточность) выживаемость больных прогрессивно уменьшается и не превышает 2-3 лет. Смертность пациентов после возникновения клинических проявлений составляет более 10% в год.

Ответ к задаче № 2. Раздел 1. Кардиология

1. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (альвеолярный отек легких). ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ПИКС (задней стенки ЛЖ)
2. Состояние тяжелое, требует неотложной помощи
3. АД следует снизить на 25% за первые 10-20 минут. Посадить больного (лежать ему нельзя!) или поднять головной конец кровати. Обеспечить приток свежего воздуха. Вдыхание кислорода с порами спирта;
 - нитроглицерин сублингвально, нитроминт спрей
 - эналаприлат в/в
 - нитроглицерин в/в
 - диуретики (фуросемид) в/в

Ответ к задаче № 3. Раздел 1. Кардиология

1. Пароксизм желудочковой тахикардии
2. Предварительный диагноз: ИБС. ПИКС. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. ХСН II А.

3. Неотложная терапия: купирование приступа ЖТ-амиодарон 300-450 мг в/в струйно в течение 3 минут. При неэффективности-электрическая кардиоверсия (ЭИТ);
4. Возможные осложнения: фибрилляция желудочков, асистолия (смерть).
Последующая терапия: амиодарон, соталол. При неэффективности – решение вопроса об установке ИКД; В плане обследования – ЭХО-КГ, коронароангиография. В последующем – решение вопроса о возможности реваскуляризации миокарда.
5. Показания к установке ИКД
 - остановка сердечной деятельности, обусловленная ФЖ/ТЖ
 - перенесенный не менее 40 дней назад ИМ с развитием дисфункции ЛЖ (ФВ < 35%) и сердечной недостаточностью II-III ФК
 - спонтанные пароксизмы устойчивой ЖТ у больных со структурной патологией сердца
 - синкопе неясного генеза, которым клинически соответствует гемодинамически значимая ЖТ/ФЖ, индуцированная во время ЭФИ
 - ишемическая ДКМП с дисфункцией ЛЖ (ФВ < 35%) и СН II-III ФК

Ответ к задаче № 4. Раздел 1. Кардиология

1. Ведущим в клинической картине является синдром малого сердечного выброса, возникающий в результате снижения объема крови, выбрасываемой в систолу, неадекватная перфузия сердца, мозга
2. Дополняют картину заболевания: головокружение, обмороки, брадикардия, одышка, стенокардия. Одышка вызвана ростом давления в левом предсердии из-за диастолической дисфункции левого желудочка и его дилатации. Стенокардия – несоответствие между потребностью миокарда в кислороде (из-за увеличения массы ЛЖ и роста давления в нем) и его доставкой;
3. Предварительный диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Аортальный порок сердца: стеноз устья аорты. Синусовая брадикардия. ХСН IIА (венозный застой в легких), ФК2 ;
4. Дополнительные методы исследования включают: катетеризация сердца, коронароангиография;
5. Профилактика приступов заключается в исключении значительной физической нагрузки, прием препаратов, улучшающих микроциркуляцию головного мозга
6. Неотложная помощь заключается в создании покоя. При головокружении и обмороках-горизонтальное положение. В дальнейшем – оперативное лечение (протезирование АК). Планово: низкосолевая диета, медикаментозные препараты - небольшие дозы диуретиков;
7. В среднем, неоперированные пациенты умирают через 3 месяца после появления стенокардии или обмороков, через 2 года после появления одышки и через 1,5-2 года после появления сердечной недостаточности. Десятилетняя выживаемость – 60%.

Ответ к задаче № 5. Раздел 1. Кардиология

1. Ведущий синдром в клинике данного заболевания – гипертензионный синдром;
2. Предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени, I стадии, риск 3. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией
3. Неотложная помощь:
 - а) нитропруссид натрия в/в струйно – периферический вазодилататор
 - б) гидралазин (апрессин) в/в – артериальный вазодилататор
 - в) анаприлин (обзидан) в/в – бета-блокатор
 - г) эналаприлат в/в – ингибитор АПФ
 - д) магния сульфат 25%-5,0 в/в, каптоприл-под язык

Ответ к задаче № 6. Раздел 1. Кардиология

1. Ведущий синдром – хроническая сердечная недостаточность. Этот синдром развивается при:

- ИБС
- приобретенных и врожденных пороках сердца
- АГ
- поражениях миокарда и перикарда
- нарушениях ритма сердца, ТЭЛА, анемиях, тиреотоксикозе, беременности
- кардиомиопатии
- инфильтративных поражениях миокарда (амилоидоз, гемохроматоз, эндомиокардиальный фиброз)

2. Клинический диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. ПИКС (ИМ с з.О передней стенки ЛЖ). Хроническая аневризма верхушки ЛЖ.

Гипертоническая болезнь 3 стад, 3 степ., риск 4. ХСН II Б. ФК 2-3

3. Дополнительные методы исследования:

- МРТ
- рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня Na-уретического пептида

4. План лечения в стационаре:

- диета с ограничением соли
- полупостельный режим
- медикаментозная терапия
 - ингибиторы АПФ (зофеноприл, лизиноприл, периндоприл)
 - бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, карведилол, небивалол)
 - антагонисты альдостерона (спиронолактон – верошпирон)
 - другие диуретики (диувер)
 - сердечные гликозиды (дигоксин)
 - дополнительные средства (статины, антитромботические препараты)

Ответ к задаче № 7. Раздел 1. Кардиология

1. Предварительный диагноз: Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (к/о задне-дифрагмальный-базальный ИМ), осложненный полной АВ блокадой, кардиогенным шоком. НРС – одиночная желудочковая экстрасистолия.

2. Дополнительные методы исследования

- полный анализ крови
- биохимический анализ крови (тропонины, КФК-МВ, АСТ, АЛТ)
- ЭХО-КГ
- коронароангиография

3. Тактика действий:

- Обезболивание (морфин)
- Аспирин (250-325 мг)
- Клопидогрель 300 мг
- НФГ 5000 ЕД (в/в болюсно)
- Положение пациента с приподнятыми ногами
- в/в допамин
- временный ЭКС
- решение вопроса об имплантации постоянного ЭКС
- Восстановление коронарной перфузии- тромболитическая терапия.

У данного пациента проведение тромболитической терапии сопряжено с опасностью развития желудочно-кишечного кровотечения. Поэтому тромболитическая терапия противопоказана.

Пациент нуждается в экстренной коронарографии, хирургической реваскуляризации

Ответ к задаче № 8. Раздел 1. Кардиология

Гипертоническая болезнь 3 степ, стад3, риск4. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией

- АД следует понижать постепенно во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца, почек, не более чем на 25% от исходного за первые 1-2 часа;
- для снижения артериального давления при церебральном варианте осложненного гипертонического криза рекомендуется использовать нитропруссид натрия или лабеталол. Форма выпуска нитропруссид натрия: ампулы, содержащие 50 мг активного вещества. Перед употреблением содержимое ампулы разводится в 250 мл глюкозы, что дает концентрацию 200 мкг/мл, или 10 мкг/кап. Начальная скорость инфузии 0,5 мкг/кг/мин., с последующим увеличением, в зависимости от клинического эффекта, до 10 мкг/кг/мин.
- Лабеталол (Трандат) является блокатором альфа- и бета-адренорецепторов. Данный препарат оказывает быстрый антигипертензивный эффект. Форма выпуска: ампулы по 5 мл 1% раствора (50 мг в ампуле). При кризе вводят медленно в/в в дозе 50 мг в течение минуты, при необходимости инъекции можно повторять каждые 10—15 мин. до появления клинического эффекта или достижения суммарной дозы 200 мг, однако лучшего результата можно достигнуть при в/в капельном введении данного препарата. С этой целью содержимое ампул разводят физ. раствором до концентрации 1 мг/мл и вводят в/в со скоростью 2 мл (2 мг) в 1 минуту. При таком пути введения для купирования криза бывает достаточным 50—200 мг лабеталола
- При лечении гипертонической энцефалопатии не рекомендуется применять клофелин и анаприлин (наличие измененных сосудов головного мозга является противопоказанием для их назначения)
- Если гипертоническая энцефалопатия осложняется судорожным синдромом, оптимальным препаратом для его купирования является, диазепам в дозе 10—30 мг в/в медленно
- лазикс в/в
- каптоприл сублингвально
- эналаприлат в/в

Ответ к задаче № 9. Раздел 1. Кардиология\

1. Диагноз врача скорой помощи неправильный
2. Следует думать о внебольничной правосторонней пневмонии
3. Рентгенография органов грудной клетки, микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты, ЭКГ в динамике
4. Лечение
 - госпитализация в стационар (предпочтительнее в ПИТ пульмонологического отделения)
 - постельный режим, обильное питье
 - антибактериальная терапия (макролиды (кларитромицин, макропен, фромилид, азитромицин, сумамед), пенициллин и его производные (например, амоксилав, флемоклав, флемоксин, аугментин, ампиокс и т.д.), цефалоспорины (цефазолин, супракс, роцефин, зиннат, фортум, цефиксим, цефалексин, цефатаксим, цефтазидим, клафоран, цефепим, цефтриаксон), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, спарфлоксацин). Средняя продолжительность антибактериальной терапии составляет не менее 7-10 дней.
 - отхаркивающие и разжижающие мокроту препараты. Препараты выбора АЦЦ, флуимуцил, лазолван, бромгексин.
 - бронхорасширяющие препараты. Наиболее предпочтительно применение ингаляционных препаратов, таких как беродуал, беротек, сальбутамол. Лучший способ доставки – ингаляции при помощи небулайзера
 - антиангинальная терапия (малые дозы бета-блокаторов, нитраты), аспирин. Гепаринотерапия необходима.

Ответ к задаче № 10. Раздел 1. Кардиология

1. Необходимо отменить хартил. С целью коррекции гипертензии –ингибиторы АТII (лозартан, валсартан, ирбесартан). Также необходимо отменить прием фуросемида.
2. Механизм появления кашля связан с приемом хартила. Ингибиторы АПФ вызывают торможение распада брадикинина и накоплением кининов, что с одной стороны, приводит к сосудистому отеку гортани, а с другой – к бронхоконстрикции. Торможение распада брадикинина вызывает увеличение синтеза простагландинов, особенно ПГ Е2, что в свою очередь может приводить к стимуляции афферентных С – волокон и возникновению мучительного сухого кашля

Ответ к задаче № 11. Раздел 1. Кардиология

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (предположительно к/о инфаркт миокарда), осложненный пароксизмом желудочковой тахикардии, кардиогенным шоком
2. По ЭКГ – признаки желудочковой тахикардии. В анализах крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение КФК-МВ, трансаминаз, глюкозы, положит. тропонины;
3. Одновременно – лечение желудочковой тахикардии+ОКС
 - 1) Лечение пароксизма желудочковой тахикардии – кордарон в/в струйно, при неэффективности – электрическая кардиоверсия (дефибрилляция)
 - 2) Лечение ОКС
 - Обезболивание (промедол, морфин)
 - Аспирин (250-325 мг)
 - Клопидогрель 300 мг
 - НФГ и НМГ (в/в болюсно)
 - Положение пациента с приподнятыми ногами
 - в/в допамин
 - Восстановление коронарной перфузии- тромболитическая терапия (если установлено время начала ангинозного приступа), при отсутствии противопоказаний. Тромболитические препараты: тканевой активатор плазминогена (альтеплаза, тенектеплаза), проурокиназа (пуролаза), стрептокиназа (практически не используется в настоящее время).
 - Решение вопроса о проведении экстренной коронарографии, хирургической реваскуляризации

Ответ к задаче № 12. Раздел 1. Кардиология

1. Одной из причин лихорадки неясного генеза является инфекционный эндокардит, после экстракции зуба. Инфекционный эндокардит следует заподозрить у больных неясной лихорадкой при развитии необъяснимой сердечной недостаточности, нарушений мозгового кровообращения и при наличии факторов риска (в данном случае – экстракция зуба)
2. Дополнительные методы исследования
 - А) микробиологическое исследование крови. Согласно современным критериям положительный результат микробиологического исследования крови является ключевым моментом в диагностике ИЭ, а данные о чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам определяют лечебную тактику и прогноз заболевания;
 - Б) Эхокардиография
Эхокардиография (Эхо КГ), наряду с микробиологическим исследованием крови, является основным методом верификации ИЭ. При подозрении на ИЭ эхокардиографическое исследование должно быть выполнено незамедлительно.
Прямыми (большими) эхокардиографическими критериями ИЭ являются:
 1. вегетации,
 2. абсцессы,
 3. появление парапротезных фистул
 - В) Трансэзофагеальная эхокардиография- диагностическая информативность выше

Г) Компьютерная томография органов брюшной полости может быть показана больным с неясной лихорадкой при подозрении на нагноительные заболевания брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутрипеченочный абсцессы)

Ответ к задаче № 13. Раздел 1. Кардиология

1. Гипертоническая болезнь III, риск 4. Синдром слабости синусового узла: синдром тахикардии (синусовая брадикардия, пароксизмальная рецидивирующая форма фибрилляции предсердий. Пароксизм фибрилляции предсердий, купированный медикаментозно. Сочетание синусовой брадикардии + пароксизмов ФП + признаки ишемии головного мозга характерны для синдрома слабости синусового узла
2. Дополнительные методы исследования:
 - А) Холтеровское мониторирование ЭКГ (эпизоды асистолии, другие нарушения ритма, СА блокада, средняя частота сердечного ритма)
 - Б) Чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ВВФСУ- время восстановления функции синусового узла – удлиняется при СССУ, КВВФСУ- скорректированное время восстановления синусового узла – удлиняется)
 - В) Проба с атропином (1-2 мг в/в) или с изопроterenолом (1-2 мг в/в). При введении этих препаратов у больных с СССУ – ЧСС не более 90 уд/мин;
3. - Для предупреждения приступов ФП – аллапинин (I С класс). При отсутствии выраженной структурной болезни сердца. Другие ААП противопоказаны;
 - имплантация электрокардиостимулятора
 - антикоагулянтная терапия (варфарин/ дабигатран/ ривароксабан/ апиксабан)
 - лечение сопутствующей патологии (иАПФ/ ингибиторы АТ2/ статины/ ПНЖК)

Ответ к задаче № 14. Раздел 1. Кардиология

1. Инфекционный эндокардит. Гепатоспленомегалия. Анемия
Инфекционный эндокардит следует заподозрить у больных неясной лихорадкой при развитии необъяснимой сердечной недостаточности и при наличии факторов риска (в данном случае – экстракция зуба)
3. Дополнительные методы исследования
 - А) микробиологическое исследование крови. Согласно современным критериям положительный результат микробиологического исследования крови является ключевым моментом в диагностике ИЭ, а данные о чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам определяют лечебную тактику и прогноз заболевания;
 - Б) Эхокардиография
Эхокардиография (Эхо КГ), наряду с микробиологическим исследованием крови, является основным методом верификации ИЭ. При подозрении на ИЭ эхокардиографическое исследование должно быть выполнено незамедлительно.
Прямые (большими) эхокардиографическими критериями ИЭ являются:
 1. вегетации,
 2. абсцессы,
 3. появление парапротезных фистул
 - В) Трансэзофагеальная эхокардиография- диагностическая информативность выше
 - Г) Компьютерная томография органов брюшной полости может быть показана больным с неясной лихорадкой при подозрении на нагноительные заболевания брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутрипеченочный абсцессы)

Ответ к задаче № 15. Раздел 1. Кардиология

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК2. Гипертоническая болезнь III ст., риск 3. Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия, гиперурикемия, нарушение толерантности к углеводам).

А) ИБС. Стабильная стенокардия напряжения (жалобы на боли в сердце, одышку, ишемические изменения по ЭКГ)

Б) Гипертоническая болезнь (повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, акцент 2 тона на аорте, ГЛЖ);

В) Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия, гиперурикемия, нарушение толерантности к углеводам). Метаболические изменения: нарушение толерантности к углеводам (глюкоза -6,9 ммоль/л), гиперхолестеринемия (О.Хс – 7,0 ммоль/л, ТГ- 3 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,2 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,8 ммоль/л), гиперурикемия (мочевая кислота – 420 мкмоль/л);

2. План лечения:

А) немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела (диета с ограничением жиров, соли, повышение физической активности)

Б) Медикаментозные мероприятия

- агонисты имидазолиновых рецепторов (альбарел, физиотенз)
- сартаны (телмисартан, валсартан, ирбесартан)
- статины (аторвастатин, розувастатин)
- антиишемическая терапия (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов)
- антиагрегантная терапия (аспирин)

Ответ к задаче № 16. Раздел 1. Кардиология

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (предположительно к/о переднее-перегородочно-верхушечный инфаркт миокарда),

Обоснование: По ЭКГ – признаки ОКС с подъемом ST. В анализах крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение КФК-МВ, трансаминаз, глюкозы, положит. тропонины;

2. Лечение ОКС

- Обезболивание (промедол, морфин)
- Аспирин (250-325 мг)
- Клопидогрель 300 мг
- НФГ и НМГ (в/в болюсно)
- Восстановление коронарной перфузии- тромболитическая терапия (если установлено время начала ангинозного приступа), при отсутствии противопоказаний. Тромболитические препараты: тканевой активатор плазминогена (альтеплаза, тенектеплаза), проурокиназа (пулолаза), стрептокиназа (практически не используется в настоящее время).
- Решение вопроса о проведении экстренной коронарографии, хирургической реваскуляризации

Ответ к задаче № 17. Раздел 1. Кардиология

1. Гипертрофическая кардиомиопатия обструктивного типа. Нарушение ритма сердца: частая одиночная, парная, групповая желудочковая экстрасистолия. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.

2. ААТ: 3 группа антиаритмических препаратов – амиодарон (кордарон).

Дополнительные лекарственные препараты – полиненасыщенные жирные кислоты (омakor).

Тяжелые физические нагрузки, спортивные соревнования противопоказаны.

Рекомендовано решение вопроса об имплантации ИКД

3. Прогноз неблагоприятный. Смерть в большинстве случаев наступает внезапно (от желудочковой тахикардии);

4. Факторы риска внезапной смерти:

- возраст до 30 лет
- желудочковая тахикардия
- выраженная ГЛЖ

- обмороки
- случаи внезапной смерти в семье

Ответ к задаче № 18. Раздел 1. Кардиология

- ИБС. Пароксизм тахисистолической формы ФП (учитывая жалобы на приступ учащенного хаотичного сердцебиения, выраженную общую слабость, головокружение, потливость; при аускультации – тоны сердца аритмичные, ЧСС – 110-130 уд/мин, ЭКГ признаки фибрилляции предсердий)
- Решение вопроса о восстановлении синусового ритма, учитывая давность приступа:
 - длительность ФП ≤ 48 часов, проводится экстренная кардиоверсия (медикаментозная – кордарон в/в, новокаиномид в/в, пропафенон в/в или 600 мг per os, электрическая – электроимпульсная терапия - дефибрилляция);
 - длительность ФП ≥ 48 часов, требуется обязательное проведение ЧП-ЭХО

Во всех случаях необходима своевременная терапия непрямыми (гепарин, нефракционированные гепарины) и прямыми антикоагулянтами (антагонисты витамина К, дабигатран, ривароксабан) на всем протяжении лечения.

Если при ЧП-ЭХО тромбы в полостях сердца отсутствуют решение вопроса о проведении электрической кардиоверсии.

Если при ЧП-ЭХО в полостях сердца обнаружены тромбы – назначается ЧСС-урежающая терапия и адекватная антикоагулянтная терапия, с последующим контролем ЧП-ЭХО через 3 месяца и решением вопроса о восстановлении синусового ритма.

Препараты для поддержания синусового ритма (профилактики приступов ФП)

IC класс – аллапинин, пропафенон, этацинин

II класс – бета-блокаторы

III класс – амиодарон, соталол

Обязательно в течение 1 месяца после кардиоверсии назначение прямых антикоагулянтов (антагонисты витамина К – варфарин, дабигатран – прадакса, ривароксабан – ксарелто)
- Шкала CHA2DS2-VASc – это шкала оценки риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. Пациенты с ФП, имеющие ≥ 1 фактора(ов) риска, рекомендуется проведение эффективной профилактики инсульта, для чего необходимо назначение оральной антикоагулянтной терапии (ОАК), в частности с помощью хорошо контролируемой терапией антагонистами витамина К (АВК) (МНО-2-3, с высоким процентом времени терапевтического диапазона, как минимум 70%), либо один из новых оральных антикоагулянтов (НОАК – дабигатран, ривароксабан)

а) Факторы риска, оцениваемые по балльной системе с аббревиатурой <i>CHA2DS2-VASc</i> (максимум 9 баллов, возраст может способствовать 0,1 или 2 баллам)	
Фактор риска	Баллы
Застойная сердечная недостаточность/дисфункция ЛЖ	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст ≥ 75 лет	2
Сахарный диабет	1
Инсульт/ТИА/тромбоэмболия	2
Сосудистые заболевания (ИМ в анамнезе, заболевания периферических артерий, бляшка в аорте)	1
Возраст 65-74 лет	1
Женский пол	1
Максимальное значение	9

Ответ к задаче № 19. Раздел 1. Кардиология

- Препараты для лечения ИБС назначены правильно, кроме бисопролола, так как β – блокаторы усугубляют синдром перемежающей хромоты. Нитраты и антагонисты кальция об-

ладают вазодилатирующими свойствами и могут назначаться больным с признаками ишемии сосудов нижних конечностей.

2. У пациента имеется облитерирующее заболевание нижних конечностей. При атеросклеротическом поражении может появляться или усугубляться синдром перемежающейся хромоты при назначении лекарственных препаратов, уменьшающих сократительную функцию миокарда и снижающих сердечный выброс. В данном случае это атенолол. Больным с синдромом перемежающейся хромоты β – блокаторы должны назначаться с осторожностью.

Ответ к задаче № 20. Раздел 1. Кардиология

1. Гипертоническая болезнь (повышение АД до 180/100 мм.рт.ст, акцент 2 тона на аорте, ГЛЖ). Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия, гиперурикемия, нарушение толерантности к углеводам).
2. Метаболические изменения: нарушение толерантности к углеводам (глюкоза -6,4 ммоль/л), гиперхолестеринемия (О.Хс – 6,0 ммоль/л, ТГ- 2,8 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,7 ммоль/л), гиперурикемия (мочевая кислота – 405 мкмоль/л);
3. В основе патогенеза – гиперинсулинизм, инсулинорезистентность. План лечения:
А) немедикаментозные мероприятия, направленные на снижение массы тела (диета с ограничением жиров, соли, повышение физической активности), контроль уровня глюкозы натощак, через 2 часа после еды;
Б) Медикаментозные мероприятия
- агонисты имидазолиновых рецепторов (альборел, физиотенз)
- ингибиторы АГ2 (телмисартан, валсартан, ирбесартан)
- статины (аторвастатин, розувастатин)

Ответ к задаче № 21. Раздел 1. Кардиология

1. Наиболее вероятно, что у больного имеется гипертоническая болезнь. Возможно у пациента имеются признаки метаболического синдрома.
2. – необходимо провести биохимическое исследование крови с целью выявления метаболических факторов риска ИБС (дислипидемия, сахарный диабет, гипергликемия, гиперурикемия);
- необходимо оценить состояние органов – мишеней (головной мозг, сердце, почки). Для проведения аортографии и компьютерной томографии надпочечников должны быть клинические данные или соответствующие результаты лабораторного исследования
3. В случае отсутствия других факторов риска и поражения органов – мишеней следует в течение 4-6 недель ограничиться немедикаментозными мероприятиями, направленными на снижение артериального давления (уменьшение массы тела, снижение потребления поваренной соли до 3 грамм в сутки, повышение физической активности и т.д.). Только после этого при сохранении повышенного артериального давления целесообразно назначить гипотензивные препараты, которые не ухудшают качество жизни больного (антигипертензивные препараты – индапамид, ингибиторы АПФ/сартаны). В случае обнаружения нескольких факторов риска или поражения органов – мишеней, кроме немедикаментозных мероприятий, следует безотлагательно начинать подбор гипотензивных препаратов, учитывая противопоказания

Ответ к задаче № 22. Раздел 1. Кардиология

1. Проба положительная, так как зафиксированы эпизоды депрессии сегмента ST (2 мм) на небольшой ЧСС (100 уд/мин), причем в отведениях, отвечающих не за локализацию перенесенного инфаркта миокарда, что может свидетельствовать об ишемии передней-верхушечной зоны ЛЖ. Кроме того, появление желудочковых экстрасистол, сохраняющихся и в восстановительном периоде позволяет судить о наличии ИБС.

2. Прогноз неблагоприятный. У данного больного имеется большой риск возникновения летального исхода в течение ближайшего года;
3. Лечение:
 - А) медикаментозное (антиагреганты – клопидогрель + аспирин), β – адреноблокаторы, статины, при необходимости – блокаторы кальциевых каналов, иАПФ/сартаны)
 - Б) коронароангиография. Хирургическое лечение (эндоваскулярная реваскуляризация или аортокоронарное шунтирование, в зависимости от результатов коронароангиографии)

Ответ к задаче № 23. Раздел 1. Кардиология

1. У данной пациентки имеются следующие факторы риска ИБС:
 - Сахарный диабет
 - Курение
 - Отягощенная наследственность по ССЗ (отец умер от инфаркта миокарда в молодом возрасте)
 - Гипертоническая болезнь
2. Наличие у больной 4 факторов риска ИБС с большей степенью вероятности позволяет считать, что причиной блокады левой ножки пучка Гиса является ишемическая болезнь сердца. С целью исключения того, что больная перенесла безболевой инфаркт миокарда, следует провести эхокардиографическое исследование (ФВ, зоны гипокинезии);
 - пробы с физической нагрузкой (велозргометрия)
 - биохимическое исследование крови (глюкоза, о. ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, мочева кислота, АСТ, АЛТ)
3. При наличии на ЭХО-КГ признаков перенесенного инфаркта миокарда, положительной велозргометрической пробе (если больная смогла выполнить лишь небольшую нагрузку), риск возникновения осложнений во время гинекологической операции высокий. Возникновение ишемии миокарда на уровне нагрузки, соответствующей I-II функционального класса, сопряжено с небольшим риском. В этом случае данное хирургическое вмешательство возможно. Развитие ишемии через 3-6 минут от начала нагрузки соответствует стенокардии III – IV функционального класса и указывает на высокий риск осложнений. В последнем случае перед гинекологической операцией наиболее целесообразным будет проведение коронароангиографии с последующей баллонной ангиопластикой коронарных артерий или аортокоронарным шунтированием.

Ответ к задаче № 24. Раздел 1. Кардиология

1. Причиной отека легких у данного больного является высокое артериальное давление. Повышение АД, очевидно, произошло быстро и имеет характер гипертонического криза. В ответ на длительный прием гидрохлортиазида у больного, вероятно, развился вторичный гиперальдостеронизм, и поэтому фуросемид оказался малоэффективным.
2. У больного несомненно имеется диастолическая дисфункция левого желудочка и высокое давление в легочной артерии. Нет оснований предполагать наличие у него систолической формы сердечной недостаточности. Поэтому терапия инотропными препаратами (строфантином, добутамином) не показана. Можно дать больному нитроглицерин под язык. Наибольшее снижение давления в легочной артерии и общего артериального давления обеспечит нитропруссид натрия. Пациенту необходимо провести оксигенотерапию. В дальнейшем коррекция плановой терапии.

Ответ к задаче № 25. Раздел 1. Кардиология

1. Причиной развития застойной сердечной недостаточности у данной больной стала быстро нарастающая дилатация полостей сердца в связи с дезадаптивным ремоделированием левого желудочка после перенесенного обширного инфаркта миокарда, тахисистолическая форма ФП.
2. Выраженная атриомегалия, наличие митральной регургитации, тахисистолическая форма ФП на фоне застойной сердечной недостаточности служит показанием для назна-

чения сердечных гликозидов (дигоксин). Выраженные признаки ХСН, отеки требуют назначения диуретиков (спиронолактон, торасемид). Большие размеры сердца могут быть несколько уменьшены с помощью ингибиторов АПФ (рамиприл, лизиноприл) или сартанов (лосартан, ирбесартан). Для ЧСС-урежающей терапии возможно в комплексе с сердечными гликозидами использование β -адреноблокаторов.

Ответ к задаче № 26. Раздел 1. Кардиология

1. У пациентки имеется синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Пароксизмы наджелудочковой тахикардии (вероятнее реципрокная ортодромная тахикардия с участием дополнительных путей проведения). Синдром WPW – обусловлен сохранением (в результате незавершенной в эмбриогенезе перестройки сердца) дополнительных путей проведения, связывающих предсердия с сократительным миокардом желудочков (пучок Кента) и вызывающих возбуждение желудочков раньше, чем нормально проведенный через АВ узел импульс. Одновременно дополнительный путь, обладающий аномально высокой проводимостью, становится звеном цепи Re-entry, приводя к развитию пароксизмальных тахикардий

2. Купирование приступа ПНТ:

- Вагусные пробы (глубокое дыхание, проба Вальсальвы, надувание воздушного шарика)
- Чреспищеводная электростимуляция
- Пропранолол 20-80 мг под язык
- Новокаиномид 1,0-1,5 гр
- Пропафенон 0,3-0,6 гр, соталол 80 мг
- АТФ 5-10 мг в/в
- Амиодарон 300 мг в/в

Противопоказаны при синдроме WPW-верапамил, дигоксин, поскольку они могут увеличить проведение возбуждения по ДПП на желудочки, в результате возникает вероятность возникновения фибрилляции желудочков

Ответ к задаче № 27. Раздел 1. Кардиология

1. Вероятность того, что у больного действительно имеется гипертоническая болезнь сердца II стадии, очень велика. Относительно невысокие цифры АД можно объяснить тем, что, возможно, пользовались неисправным тонометром, нерегулярным/неправильным измерением АД, или это лабильная форма АГ. Необходимо дополнительное дообследование для установления диагноза АГ или его исключения:
 1. Амбулаторное измерение АД 2 раза в день в течение 2-3 недель;
 2. Лабораторные и инструментальные исследования
- Стандартные лабораторные тесты:
- Гликемия плазмы натощак.
 - Проба на толерантность к глюкозе (если гликемия плазмы натощак более 5,6 ммоль/л).
 - Общий холестерин. Холестерин ЛПНП, Холестерин ЛПВП
 - Триглицериды.
 - Калий.
 - Мочевая кислота. Креатинин. Расчетный клиренс креатинина (формула Кокрофта-Голта) или скорость клубочковой фильтрации (формула MDRD)
 - Анализ мочи (с определением микроальбуминурии)
- Стандартные инструментальные исследования:
- Электрокардиография (ЭКГ).
 - Эхокардиография (ЭхоКГ).
 - Ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий.
 - Суточное мониторирование АД. Измерение скорости пульсовой волны.

2. После этих исследований устанавливается причина АГ. Больной нуждается в наблюдении, в контроле АД. Немедикаментозные мероприятия по контролю АД необходимо рекомендовать сразу. Целесообразность лекарственной терапии определяется после наблюдения за больным и верификации диагноза АГ.

Ответ к задаче № 28. Раздел 1. Кардиология

1. Вазоспастическая стенокардия (вариантная, стенокардия Принцметалла). В основе механизма развития лежит коронарный спазм. Это преходящий стеноз эпикардиальной коронарной артерии (артерий) за счет повышения ее тонуса, приводящий к значительному ограничению коронарного кровотока и в финале к развитию ишемии миокарда). Наличие атеросклеротически измененных коронарных сосудов не патогномонично для данного заболевания.
2. Диагностика заключается в сборе анамнестических данных, проведении ЭКГ-исследования, холтеровского мониторирования, а также коронарографии. ЭКГ во время приступа покажет подъем сегмента ST, вне приступа оно не информативно. Холтер - ЭКГ проводится в течение 24 часов, поэтому имеется значительный шанс увидеть приступ. Коронарография у пациентов с вариантной стенокардией доказывает то, что стенки сосудов сердца не поражены атеросклеротическими бляшками либо имеются минимальные изменения.
3. В лечении стенокардии Принцметала на первый план выходит устранение провоцирующих факторов: холод, курение, стрессовые ситуации. Во время приступа используется нитроглицерин под язык. Для профилактики приступов стенокардии принимают нитраты пролонгированного действия и антагонисты кальция, причем последним отводится основная роль, так как они напрямую препятствуют сокращению коронарных артерий.

Ответ к задаче № 29. Раздел 1. Кардиология

1. ИБС. Острый крупноочаговый передне-перегородочный инфаркт миокарда. Острое нарушение мозгового кровообращения в результате тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез.
2. Следует провести Эхо-КГ для выявления аневризмы левого желудочка и возможного флотирующего внутрисердечного тромба, который послужил источником тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии.
3. К лечению аспирином необходимо добавить непрямые антикоагулянты (подбор дозы следует проводить под контролем протромбинового индекса). Продолжить терапию вышеуказанными средствами и назначить препараты для улучшения мозгового кровообращения

Ответ к задаче № 30. Раздел 1. Кардиология

1. Разрыв межжелудочковой перегородки.
2. Эхо-КГ (желательно с цветным доплеровским сканированием), вентрикулография
3. Больного необходимо перевести в ПИТ. Медикаментозно-диуретики. Подготовить к оперативному лечению

Ответ к задаче № 31. Раздел 1. Кардиология

1. Суточное мониторирование ЭКГ (Холтеровское мониторирование), чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).
2. Синдром слабости синусового узла. Синдром тахи-бради: синусовая брадикардия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.
3. При подтверждении диагноза (наличии асистолии более 3 сек) показана имплантация электрокардиостимулятора с дальнейшим подбором антиаритмической терапии.

Ответ к задаче № 32. Раздел 1. Кардиология

1. ОКС с подъемом сегмента ST. Острый рецидивирующий инфаркт миокарда. ПБЛНПГ. В динамике – маркеры некроза миокарда, ЭКГ в динамике, ЭХО-КГ;

2. Морфин 1%-1.0 мл в/в струйно, ингаляция кислорода, клопидогрель нагрузочная доза 300 мг, аспирин 160 – 325 мг.
3. Учитывая рецидив инфаркта миокарда, пациенту показано проведение экстренной коронарографии и ангиопластики со стентированием/шунтирование

Ответ к задаче № 33. Раздел 1. Кардиология

1. ОКС с подъемом сегмента ST. ИБС. Острый с зубцом Q заднедиафрагмальный инфаркт миокарда и правого желудочка. АВ блокада I степени.
2. Инфарктные изменения по нижней стенке с зубцом Q, депрессия сегмента ST в отведениях I, V_1 - V_2 является отраженной (реципрокной). Элевация сегмента ST в грудных отведениях справа свидетельствует об инфаркте миокарда правого желудочка.
3. Одышка обусловлена инфарктом миокарда правого желудочка.
4. Назначение нитратов противопоказано при инфаркте миокарда правого желудочка. Назначение нитратов привело к развитию синдрома малого выброса правого желудочка (одышка без застоя в малом круге).

Ответ к задаче № 34. Раздел 1. Кардиология

1. Кордарониндуцированный тиреотоксикоз на фоне длительного приема кордарона.
2. Гормональное исследование функции щитовидной железы (ТТГ, св.Т3, Т4, АТ к ТПО). УЗИ щитовидной железы
3. Мерказолил, β -блокаторы.
4. Радиочастотная абляция ДПП

Ответ к задаче № 35. Раздел 1. Кардиология

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. Персистирующая тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. ХСН I стадия (II ф.кл. NYHA).
2. Произвести исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, уровней глюкозы крови, холестерина и его фракций, калия, ЭхоКГ (определить зоны гипокинезии, размеры полостей, тромбы, состояние клапанов, фракцию выброса).
3. Произвести плановую электрическую кардиоверсию после 3-х недельного курса антикоагулянтной терапии (под контролем показателей свёртываемости - МНО) на фоне урежения ритма с помощью блокаторов АВ-проведения (β -блокаторы, антагонисты кальция или кордарон) и коррекции сердечной недостаточности ингибиторами АПФ.
4. Антикоагулянтная терапия (варфарин/прадакса/ксарелто) показана в течение 1 месяца. В дальнейшем, при сохранении синусового ритма – отменяется.

Ответ к задаче № 36. Раздел 1. Кардиология

1. Острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка
2. Синдром Фредерика (полная АВ-блокада в сочетании с фибрилляцией предсердий)

Ответ к задаче № 37. Раздел 1. Кардиология

4. Рекомендованный при выписке – эналаприл и бисопролол;
5. ОАК, ОАМ, Б\х анализ крови, коагулограмма, холтеровское мониторирование ЭГК, ЭхоКГ, ЭКГ, консультация офтальмолога.
6. Рекомендации: диета (ограничение соли, калиевая диета, включение в рацион продуктов, содержащих омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, повышение в рационе доли грубых растительных волокон до 20 г в день, увеличение потребления фруктов и овощей, рыбы и морепродуктов при ограничении животных жиров); нормализация массы тела, отказ от курения, оптимизация физической активности (дозированная ходьба, ЛФК). Отменить прием эналаприла, заменить на ингибиторы АГ2 (ирбесартан, телмисартан). Необходимо уменьшить дозу бисопролола 5 мг/сутки.

Ответ к задаче № 38. Раздел 1. Кардиология

1. В течение недели – нестабильная (впервые возникшая) стенокардия, ночью развился затяжной ангинозный приступ - острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
2. Клинический диагноз: ИБС. Острый с зубцом Q задне-боковой инфаркт миокарда. Осложнение: Кардиогенный шок.
3. Лечение: аспирин 250 мг, клопидогрель – 300 мг, гепарин в/в струйно (60 ЕД/кг массы тела, но не более 4000 ЕД), полноценное обезболивание (фентанил 1-2 мл 0,005% раствора или средств для наркоза: натрия оксибутират (ГОМК), кетамин), ингаляция кислорода, в/в инфузия растворов (под контролем ЦВД), инотропные средства (дофамин, добутамин).
4. По срокам ОИМ данному больному показан тромболизис. Необходима экстренная коронарография и баллонная ангиопластика при наличии условий.

Ответ к задаче № 1. Раздел 2. Пульмонология

Препаратами выбора в лечении ИФА считаются глюкокортикоиды, назначаемые в суточной дозе 1-1,5 мг/кг в пересчете на преднизолон. Для оценки эффективности лечения необходим прием препарата в течение не менее 3 месяцев.

1. Вариант «1». Резистентность заболевания к лечению глюкокортикоидами развивается у 15 – 20% больных ИФА.

Вариант «2». На фоне приема глюкокортикоидов возможно возникновение «стероидных» миопатий, проявляющихся нарушениями функции дыхательных мышц (диафрагмы, межреберных мышц). Вследствие этого у больных может сохраняться или даже усиливаться одышка, несмотря на уменьшение активности воспалительного процесса в альвеолах.

Иммуномодулирующая терапия – эфферентные методы, лечебное голодание, цитокиноterapia, антиоксиданты (длительно).

Ответ к задаче № 2. Раздел 2. Пульмонология

Вариант «1» - Саркоидоз.

Окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования биоптата лимфатических узлов.

В первую очередь при увеличении периферических и внутригрудных ЛУ необходимо исключить наличие саркоидоза и лимфогранулематоза.

Отрицательные туберкулиновые пробы

свидетельствуют об угнетении клеточного иммунитета;

наблюдаются почти у всех больных саркоидозом;

часто при лимфогранулематозе;

делают менее вероятным наличие у данной больной туберкулезного поражения, хотя его полностью и не исключают.

Основным лабораторным признаком лимфолейкоза является абсолютный и относительный лимфоцитоз, в то время как у больной выявлена относительная и абсолютная лимфоцитопения.

Ответ к задаче № 3. Раздел 2. Пульмонология

Вариант «2» Двухэтапное проведение антибиотикотерапии (АТ): парентеральное введение АБП с последующим переходом на пероральный прием («ступенчатая терапия»).

Цена лечения снижается за счет меньшей стоимости пероральных антибактериальных препаратов (АБП), более низких затрат на их введение, сокращения времени пребывания в стационаре, снижения риска нозокомиальных инфекций.

Парентеральный путь введения АБП требует больших затрат (цена шприцев, игл, систем для инфузий, стерилизации, трудозатрат персонала и т.д.) Вместе с тем парентеральное

введение АБП не может определять общую продолжительность лечения различных бактериальных инфекций, поскольку некоторые из них (легионеллезная, микоплазменные инфекции) требуют длительной (до 3 нед.) АТ.

Использование для АТ генерических препаратов предполагает снижение расходов за счет разницы в стоимости между ними и инновационными АБП. Но стоимость АБП сама по себе не может служить фактором, определяющим общие затраты на АТ. Адекватный выбор более дорогого первоначального АБП и оптимальная длительность его применения с быстрым достижением эффекта могут в конечном итоге оказаться более экономичными.

Ответ к задаче № 4. Раздел 2. Пульмонология

Вариант «2» назначить препараты теофиллина внутривенно, глюкокортикоиды.

Вариант «3» бронхоальвеолярный лаваж.

Гипоксемия в данной ситуации является жизнеугрожающим состоянием, в связи с чем требуется продолжение оксигенотерапии (даже при ухудшении показателей гиперкапнии.) Увеличение гиперкапнии чаще всего связано не с угнетением дыхательного центра, а с изменением соотношения вентилиция/перфузия на фоне оксигенотерапии.

Основной причиной гиперкапнии является бронхиальная обструкция. Поэтому необходимы мероприятия, направленные на ее уменьшение:

введение бронхолитических средств (препаратов теофиллина);

введение препаратов, улучшающих реологические свойства бронхиального секрета;

бронхоальвеолярный лаваж;

глюкокортикоиды (начало действия – через 4 часа, максимальный эффект проявляется через 12-18 ч после начала введения).

Стимуляторы дыхательного центра не показаны из-за их короткого действия, побочных реакций и малой эффективности в условиях утомления дыхательной мускулатуры при хронической дыхательной недостаточности.

Ответ к задаче № 5. Раздел 2. Пульмонология

Вариант «1». Ацетилцистеин внутрь. Влияет на вязкость и эластичность мокроты, что улучшает ее отхождение и уменьшает бронхиальную обструкцию.

Вариант «4» Ингаляции атровента. Ипратропиум бромид является препаратом выбора в качестве бронхолитического средства при обострении хронического обструктивного бронхита.

Антибиотики при обострениях бронхита показаны в случаях доказанной или высоковероятной бронхолегочной инфекции (температура, гнойная мокрота, изменения в крови).

Применение ферментных препаратов (трипсина) в качестве муколитического средства при хронических обструктивных заболеваниях легких считается противопоказанным, так как при этом усиливается протеазная активность, имеющая патогенетическое значение в развитии эмфиземы легких.

Ответ к задаче № 6. Раздел 2. Пульмонология

Вариант «2». Часто осложняется плевритом. Поражение плевры встречается крайне редко, в связи с чем наличие плеврита (выпота) требует исключения другого заболевания.

Вариант «4» Во всех случаях показано назначение глюкокортикоидов. Приблизительно у 20% (от 8 до 80 % в зависимости от стадии заболевания) больных наблюдаются спонтанные ремиссии и отсутствует прогрессирование процесса, в связи с чем нет оснований назначать глюкокортикоиды всем больным с первично выявленным саркоидозом. Вопрос о необходимости лечения может быть окончательно решен через несколько месяцев (3 месяца) наблюдения в зависимости от динамики заболевания (тенденция к прогрессированию, стабилизация).

Лимфатические узлы поражаются в 100% случаев саркоидоза. Наиболее часто – внутригрудные, бронхопульмональные. Внутригрудная лимфаденопатия может быть

изолированной или сочетаться с поражением легких в виде мелкосетчатой деформации легочного рисунка, легочных диссеминаций. Приблизительно у 5% больных возможны изменения в легких без рентгенологически видимого поражения внутригрудных ЛУ. Характерным лабораторным признаком саркоидоза является повышение содержания лимфоцитов (более 10%) в бронхоальвеолярной жидкости. Лимфоцитоз встречается как при цитированном поражении внутригрудных ЛУ, так и в сочетании с легочным саркоидозом.

Ответ к задаче № 7. Раздел 2. Пульмонология

Ответ 1. Идиопатический фиброзирующий альвеолит – ИФА (контакт с древесной пылью, рентгенологическая картина, клинические проявления).

Ответ 2. Одним из информативных методов диагностики ИФА является исследование клеточного состава и других компонентов БАЛЖ. Жидкость, полученная при бронхоальвеолярном лаваже, имеет следующий клеточный состав: 80% альвеолярных макрофагов, 10% лимфоцитов (из них 70% приходится на Т-лимфоциты), 1- 5% В-лимфоцитов и плазматических клеток, 1-3% нейтрофилов и 1% эозинофилов.

Вариант «1» Нейтрофилы. Характерным для ИФА является увеличение количества нейтрофилов (до 30-40%).

Вариант «2» Эозинофилы. Увеличение до 5-8% (менее выраженное, чем при бронхиальной астме). Больные ИФА с эозинофильной БАЛЖ имеют худший прогноз, рефрактерны к глюкокортикоидной терапии, но могут отвечать на комбинацию глюкокортикоидов с цитостатиками.

Нейтрофильно-эозинофильная ассоциация обнаруживается у 2/3 больных ИФА и коррелирует с активностью заболевания. У некоторых больных ИФА в БАЛЖ выявляют увеличение количества лимфоцитов, что связывают с относительно благоприятным прогнозом. Повышение количества альвеолярных макрофагов у данного больного не ожидается, поскольку это не характерно для ИФА и может иметь место только у курящих больных.

Ответ к задаче № 8. Раздел 2. Пульмонология

А) Наряду с абсолютным содержанием белка в ПВ при дифференциальной диагностике экссудата и транссудата важное диагностическое значение приобретает соотношение показателей белок ПВ/белок сыворотки, которое для экссудата превышает 0,5 (в данном случае $3/7 = 0,42$) - транссудат

Б) Активность ЛДГ в экссудате превышает 200 МЕ/л, а для транссудата характерны показатели ниже этого уровня. Кроме того, содержание ЛДГ в экссудате превышает 2/3 нормального уровня сывороточной ЛДГ, составляющей около 300 МЕ/л (у данной больной ЛДГ в ПВ составляет 286 МЕ/л). – транссудат.

В) Соотношение ЛДГ ПВ/ЛДГ сыворотки в экссудате превышает 0,6 (0,5 - транссудат).

Г) Уровень глюкозы в экссудате обычно ниже, чем в транссудате (чаще ниже 70 мг/100 мл), хотя содержание глюкозы в экссудате может быть переменным. (120 мг – транссудат)

Д) Показатели pH в ПВ не имеют дифференциально-диагностического значения.

Ответ к задаче № 9. Раздел 2. Пульмонология

Ответ 1.

Вариант «в». Бронхоэктатическая болезнь. Характерные жалобы на кашель с выделением большого количества трехслойной мокроты, преимущественно по утрам, позволяют предположить наличие полости в легком. Анамнестические данные - начало заболевания в молодом возрасте после пневмонии, а также пальцы формы "барабанных палочек", стойкие средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы в базальных отделах обоих легких и наличие соответственно в этих же отделах ячеистого рисунка легочной ткани ("сотовое" легкое)

при рентгенологическом исследовании свидетельствуют в пользу бронхоэктатической болезни.

Расширение бронхов развивается, как правило, на фоне врожденной предрасположенности (слабость бронхиальной стенки при недостаточности развития гладких мышц, эластической и хрящевой ткани бронхов) в молодом возрасте, чаще всего - после пневмонии. Бронхоэктатическая болезнь формируется при инфицировании содержимого бронхоэктазов.

Вариант «г». Эмфизема легких Жалобы на одышку, характерная поза больного, акроцианоз и центральный цианоз, бочкообразная грудная клетка и коробочный перкуторный звук над легкими свидетельствуют о наличии вторичной диффузной эмфиземы легких, развившейся на фоне длительно существующей бронхоэктатической болезни. Повышение прозрачности легочных полей при рентгенологическом исследовании подтверждает диагноз.

Ответ 2.

Вариант «а» Рентгенография грудной клетки: перибронхиальный фиброз в поражённых сегментах (уменьшение в объёме лёгочной ткани), ателектазы, ячеистость лёгочного рисунка, множественные кистозные образования, деформацию сосудистого рисунка. Преимущественная локализация патологических изменений в верхних долях лёгких характерна для муковисцидоза. • КТ высокого разрешения позволяет достоверно диагностировать бронхоэктазы. При наличии КТ проведение бронхографического исследования необходимо только для определения точного топографического расположения поражённых сегментов при планировании хирургического вмешательства.

Вариант «б». Исследование функции внешнего дыхания. • показано для раннего выявления бронхообструктивного синдрома.

Вариант «в». Бронхоскопия. Рекомендована при непродолжительном анамнезе заболевания или одностороннем процессе, Бронхоскопию проводят (обычно в сочетании с бронхографией) в обязательном порядке при первичном обследовании больного с подозрением на бронхоэктазы. Она позволяет уточнить локализацию и тип бронхоэктазов, исключить наличие опухоли или инородного тела в бронхе, получить материал для бактериологического или цитологического исследования и при необходимости взять биопсийный материал. С целью выявления первичной цилиарной дискинезии проводят биопсию слизистой оболочки носа для исследований аппарата ресничек.

Вариант «г». Бронхография целесообразна вне обострения инфекционного процесса или кровохарканья, т.к. бронхиальный секрет блокирует прохождение контрастного вещества, а пневмония вызывает временное расширение бронхов. Одномоментно бронхографию можно выполнить только на одном лёгком. Цилиндрические бронхоэктазы дают картину "обрубленного дерева". При мешотчатых бронхоэктазах дистальные отделы бронхов выглядят вздутыми. Противопоказание — непереносимость йода

Ответ 3. Правильные ответы: б, в, г.

Вариант «б» и «в». Самыми частыми и обычно быстро прогрессирующими осложнениями бронхоэктатической болезни являются хроническое легочное сердце и легочно-сердечная недостаточность, последняя нередко оказывается непосредственной причиной смерти таких больных.

Вариант «г». Бронхоэктатическая болезнь, в том числе с невыраженными клиническими проявлениями, может осложниться развитием вторичного амилоидоза. Чаще, как в данном случае, поражаются паренхиматозные органы, в первую очередь почки, реже печень и селезенка. Длительное время вторичный амилоидоз почек проявляется умеренной протеинурией, лейкоцитурией. Затем присоединяются гипо- и диспротеинемия, гиперлипидемия. На последнем этапе амилоидная почка, как в нашем случае, осложняется артериальной гипертензией, нефротическим синдромом, хронической почечной недостаточностью. Таким образом, наличие активного гнойного воспаления в сочетании с развитием тяжелых

осложнений делает крайне неблагоприятным прогноз течения бронхоэктатической болезни у нашего пациента.

Ответ 4. Правильные ответы: а, в, г.

Вариант «а». Хирургическое лечение. Резекция легкого является методом выбора при ограниченных бронхоэктазах в пределах отдельных сегментов и даже 1 -2 долей, но без выраженного хронического обструктивного бронхита. С устранением инфицированных бронхоэктазов проявления заболевания стихают и оно может клинически разрешиться. У нашего пациента двустороннее поражение легких исключало возможность оперативного лечения.

Вариант «в». Лечебная (санационная) бронхоскопия. Эндобронхиальная санация - наиболее эффективный консервативный метод лечения. Таким путем не только достигают максимальной аспирации и освобождения бронхоэктазов от гнояного содержимого, но и вводят лекарственные средства - муколитики, антибактериальные и противовоспалительные препараты.

Вариант «г». Позиционный дренаж бронхиального дерева (дренажная гимнастика) проводят в соответствии с локализацией бронхоэктазов не реже 2 раз в день - утром после сна и на ночь.

При лечении воспаления в бронхоэктазах пероральный и парентеральный путь введения антимикробных средств неэффективен, так как их концентрация в месте поражения оказывается низкой из-за выраженного фиброза стенки бронхов и склероза бронхиальных артерий.

Ответ к задаче № 10. Раздел 2. Пульмонология

Вариант 1 Перенесенная инфекция дыхательных путей.

Инфекции, главным образом вирусные, относятся как к факторам, обуславливающим развитие заболевания, так и к факторам, провоцирующим обострение - триггерам («инфекционно-зависимая» БА – до 40%). Чаще – риновирус и респираторно-синцитиальный вирус. Результат-развитие обострения за счет повышения активности воспаления в нижних дыхательных путях, усиление бронхиальной гиперреактивности.

Вариант 2 Недостаточное поступление препарата в дистальные отделы бронхов. Ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС) бекламетазон выпускается в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ). В лучшем случае, только 40% препарата проникает в крупные бронхи, 10% - в дистальные отделы бронхиального дерева (цифра увеличивается при использовании спейсера), остальное остается в крупных бронхах. А во время обострения просветы бронхов дополнительно сужаются, иногда – значительно, за счет воспаления и бронхоспазма. Вязкий секрет, рефлекторный кашель.

Вариант 4 Наличие желудочно-пищеводного рефлюкса. ГЭРБ (Возможный клинический вариант - «рефлюксиндуцированная БА»)

Патологический рефлюкс среди больных астмой - от 33 до 90% . Воздействие кислоты на дистальную часть пищевода (стимуляция вагусных рецепторов) само вызывает гиперреактивность и усиливает реакцию бронхов на другие стимулы. Вторым механизмом развития бронхоспазма при наличии рефлюкса является микроаспирация.

Сама антибронхиальная терапия (нпр системные ГКС) – один из факторов формирования агрессивного воздействия содержимого желудка на ЖКТ, включая пищевод.

Ухудшение состояния у больных с бронхиальной астмой в 71,1% случаев совпадает с возникновением патологических поражений органов желудочно-кишечного тракта, в частности в сочетании с рефлюкс-эзофагитом (91,1%) и эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (37,8%), которые отмечают у больных со средней тяжестью течения бронхиальной астмы в 59% случаев, а с тяжелой — в 70% случаев.. Приступы бронхиальной астмы разной степени тяжести часто отмечают даже у одних и тех же больных, что зависит не только от возраста, окружающей обстановки и климатических условий, но и от целого ряда других причин.

Ответ к задаче № 11. Раздел 2. Пульмонология

Правильные ответы: в, г, д.

Наличие у больного интерстициальной пневмонии, устойчивой к обычной терапии, лимфоаденопатии заставляет в первую очередь подозревать СПИД. При этом заболевании пневмонию чаще всего вызывает *P. carinii*, реже цитомегаловирус, микобактерии и другие микроорганизмы. Исследование мокроты малоинформативно при пневмоцистной пневмонии. Для выявления возбудителя необходимо исследовать бронхоальвеолярный смыв.

Пневмоцистная пневмония часто осложняется абсцедированием. Прогноз остается крайне неблагоприятным. В крови при СПИДе обнаруживают снижение числа Т-хелперов и соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры.

Ответ к задаче № 12. Раздел 2. Пульмонология

Наличие у молодой женщины ПВ в сочетании с лихорадкой, устойчивой к антибиотикам, гемолитической анемии, тромбоцитопении требует в первую очередь исключения системной красной волчанки (СКВ). ПВ при данном заболевании имеет признаки экссудата, однако, уровень глюкозы в ПВ не позволяет проводить дифференциальную диагностику при различных экссудатах. Так, содержание глюкозы в ПВ ниже 60 мг/дл может наблюдаться при СКВ, ревматоидном артрите, туберкулезе, эмпиеме, опухолевом процессе. При пневмониях, вызванных микоплазмой, могут отмечаться внелегочные проявления, в частности гемолитическая анемия. Иммунологическая диагностика микоплазменных пневмоний основывается не на наличии антител, а на подтверждении сероконверсии титра "суммарных" специфических антител (IgG+IgM) с помощью иммунофлуоресцентного анализа. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики СКВ является обнаружение повышенного титра антинуклеарных антител в тесте непрямой иммунофлуоресценции. Антинуклеарные антитела представляют большую группу антител, главным образом класса IgG, реагирующих с ядрами, нуклеолами и цитоплазматическим антигеном. Тип флуоресценции может быть различным, причем для СКВ специфично периферическое окрашивание.

Ответ к задаче № 13. Раздел 2. Пульмонология

В-адренормиметики и теофиллин неблагоприятно действуют на сердечно-сосудистую систему (тахикардия, нарушения ритма и т.п.), поэтому их нежелательно применять у больных ишемической болезнью сердца. При астме физических усилий эффективны антагонисты кальция, которые, кроме того, обладают антиангинальной активностью.

Ответ к задаче № 14. Раздел 2. Пульмонология

1. Правосторонний спонтанный пневмоторакс.
2. Локальное поражение легких.
3. Ателектаз, гемоторакс.
4. Нейролептанальгезия или наркотические анальгетики (промедол, омнопон). Введение торакальной трубки с сифонным дренированием или клапаном.

Ответ к задаче № 15. Раздел 2. Пульмонология

Антибиотики из группы макролидов могут тормозить метаболизм в печени некоторых лекарственных препаратов, что, с одной стороны, усиливает их терапевтический эффект, а с другой - повышает риск токсичности. Этот феномен обусловлен связыванием макролидов с цитохромом Р-450, осуществляющим метаболизм в печени лекарственных препаратов. Среди макролидов наибольшей угнетающей активностью в отношении цитохрома Р-450

обладают эритромицин и кларитромицин. При назначении больным, получающим эритромицин, антикоагулянта непрямого действия варфарина может усиливаться его угнетающее действие на синтез К-зависимых факторов свертывания. Это, в свою очередь, приводит к увеличению протромбинового времени и повышению риска геморрагий. При одновременном назначении с макролидами теофиллина концентрация последнего в крови увеличивается на 10-25%, что усиливает токсическое действие теофиллина на ЦНС, желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистую систему. Одновременный прием эритромицина и антиаритмического препарата дизопирамида также повышает концентрацию последнего в крови и риск возможных осложнений. Макролиды способствуют повышению концентрации дигоксина в крови при приеме его внутрь. Этот эффект связан не с угнетением активности Р-450, а с подавлением микрофлоры кишечника, инактивирующей дигоксин.

Ответ к задаче № 16. Раздел 2. Пульмонология

1. Простой спонтанный пневмоторакс.
2. Варианты пневмоторакса:
 - 2.1 травматический:
 - открытый (образуется при попадании воздуха через проникающую рану грудной клетки),
 - закрытый (воздух не проникает в плевральную полость),
 - баротравма у больных, находящихся на ИВЛ (редко);
 - 2.2 спонтанный:
 - простой (возникает при локальном поражении легких у ранее здоровых лиц),
 - осложненный (при распространенном заболевании легких);
 - 2.3. напряженный (с положительным давлением в плевральной полости) возникает при действии клапанного механизма в области бронхоплеврального свища;
 - 2.4. искусственный (введение воздуха можно использовать для замещения жидкости перед торакоскопией или для лучшего рентгенологического выявления новообразований и отдельных структур грудной клетки).
3. Рентгенограмма грудной клетки
4. Введение торакальной трубки с сифонным дренированием или клапаном, позволяющим воздуху выходить из плевральной полости, но не поступать в нее.

Ответ к задаче № 17. Раздел 2. Пульмонология

Цефалоспорины II поколения широко применяются для лечения как внебольничных (обычно в виде монотерапии), так и внутрибольничных (обычно в сочетании с аминогликозидами) инфекций различной локализации. Среди антибиотиков этой группы существуют препараты для парентерального применения (цефуроксим, цефамандол, цефокситин) и для приема внутрь (цефуроксим, аксетил, цефаклор). Последние, учитывая широкий спектр действия, возможность перорального применения и низкую кратность дозирования (каждые 12 ч), могут быть препаратами выбора при внебольничных пневмониях нетяжелого течения у детей. Поскольку цефалоспорины II поколения высокоактивны в отношении гемофильной палочки и устойчивы к продуцируемым ею В-лактамазам, они могут считаться препаратами первого ряда для лечения пневмонии у пожилых на фоне хронического бронхита (наиболее вероятный возбудитель - гемофильная палочка). Цефуроксим может использоваться для профилактики послеоперационных инфекций в абдоминальной, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии. В большинстве случаев достаточно однократного введения препарата в дозе 1,5 г. за 30 мин. до начала анестезии. В случаях высокой вероятности хламидийной инфекции (урогенитальная инфекция у беременных, страдающих артритом) назначение цефалоспоринов II поколения в качестве эмпирической антимикробной терапии нецелесообразно.

Ответ к задаче № 18. Раздел 2. Пульмонология

1. Правильный ответ А. *Klebsiella* чаще всего обнаруживается у пациентов, страдающих алкоголизмом, диабетом и хроническими обструктивными заболеваниями легких. Для нее характерна правосторонняя верхнедолевая пневмония с некрозом. Может осложняться эмпиемой, пневмотораксом, формированием абсцесса.
2. Данному больному необходимо назначить защищенные пенициллины или цефалоспорины III поколения.

Ответ к задаче № 19. Раздел 2. Пульмонология

1. Правильный ответ Д. Для синдрома Гудпасчера характерно наличие антител к соединительнотканым мембранам, что приводит к развитию гломерулонефрита и легочному кровотечению. Причина неизвестна. Синдром чаще отмечен среди молодых людей. Остальные из перечисленных заболеваний не вызывают гематурии.
2. Данному больному необходимо назначить преднизолон, циклофосфамид, плазмаферез. При возникновении легочного кровотечения показано введение СЗП.

Ответ к задаче № 20. Раздел 2. Пульмонология

1. Правильный ответ Г. Наиболее частым возбудителем пневмонии, вызванной ассоциацией бактерий, является *Streptococcus pneumoniae*. Его частота среди бактериальных пневмоний составляет 60-75%. Наличие однократного озноба настолько типично, что при появлении повторных ознобов необходимо заподозрить другую патологию.
2. Препаратом выбора в данном случае является амоксициллин. При отсутствии эффекта в течение 3 дней от приема амоксициллина назначают макролиды, доксициклин.

Ответ к задаче № 21. Раздел 2. Пульмонология

Правильный ответ Г. Хотя особенности организма пациента определяют генез заболевания, присутствие пневмококка наиболее вероятно, и самым частым возбудителем остается *S. pneumoniae*. В этом случае обязательно проведение исследования по Грамму для правильного проведения лечения. Если имеются какие-то сомнения, целесообразно назначить таким пациентам внутривенную терапию препаратами широкого спектра с проведением повторных бактериологических исследований.

Учитывая то, что пациент страдает алкоголизмом и в анамнезе хроническое обструктивное заболевание легких необходимо назначение цефалоспоринов III поколения.

Ответ к задаче № 22. Раздел 2. Пульмонология

Правильный ответ Б. В любом случае атипичной пневмонии необходимо заподозрить легионеллу. Она чаще встречается у лиц старшего возраста и чаще регистрируется в летнее время. Кардинальными признаками легионеллеза являются диспепсические явления (тошнота, рвота) наряду с изменениями со стороны ЦНС (головная боль, заторможенность или кома). Легочные симптомы часто отсутствуют или минимальны, однако отмечают рентгенологические и аускультативные изменения.

Правильный ответ Б. При подозрении на легионеллез внутривенный эритромицин является препаратом выбора, также как для любой неясной атипичной пневмонии. Если у пациента аллергия на эритромицин, лечение можно начать с внутривенного введения доксициклина. Если возможен пероральный прием препаратов, то назначают эритромицин, азитромицин или кларитромицин в течение 3 нед. При легионеллезе также эффективны флуороквиналоны. В резистентных случаях добавляют рифампицин.

Ответ к задаче № 23. Раздел 2. Пульмонология

Правильный ответ Г. В данном случае описан классический пример легочной эмболии, которая часто протекает в стертом, неспецифическом виде. Поскольку риск прогрессирования и смерти велик, дальнейшее обследование обязательно, одного наблюдения недо-

статочно. Так как у пациентки нога в гипсе, обследование периферических вен невозможно. Наиболее надежным методом является пульмоангиография. Хотя это инвазивный метод и сопряжен с риском, но в данном случае риск невелик по сравнению с эмпирической гепаринизацией.

Ответ к задаче № 1. Раздел 3. Ревматология.

Остеоартроз с поражением крупных и мелких суставов: двусторонний гонартроз II ст., вторичный синовит, genu valgum. НФС 2. Ожирение II ст.

УЗИ суставов, МРТ суставов, артроскопия, анализ мочи, креатинин крови, АСТ, АЛТ.

Лечение должно быть комплексным. В данном случае - постараться снизить массу тела (ограничение калорийности пищи, диета с уменьшением употребления жиров и легко усвояемых углеводов, применением разгрузочных дней и т.д.). ЛФК - обязательно, но снизить нагрузку на пораженные коленные и голеностопные суставы. Наладить сон (если он нарушен). Медикаментозное лечение включает средства, уменьшающие болевой синдром (НПВП - ибупрофен, диклофенак и др., простые анальгетики - кеторол, анальгин, парацетамол и др.) - это симптоматические препараты быстрого действия. При этом контролировать возможные побочные эффекты: поражение желудочно-кишечного тракта (эрозии, язвы), почек (задержка жидкости, нефропатия), сердечно-сосудистой системы (повышение АД) и др. Выше указанные препараты используют как в виде инъекций (в/в, в/м), таблеток так и в виде мазей, гелей, кремов. Следует помнить отрицательное влияние НПВП на хрящ. При снижении болевых ощущений - их отменяют. С целью предотвращения прогрессирования потери хряща необходимы - производные гликозаминогликанов - хондроитин сульфат и глюкозамин. Их совместное применение позволяет не только остановить прогрессирование заболевания, но и восстановить в какой-то мере функцию хряща пораженных суставов. В настоящее время таких препаратов много иностранных фирм и отечественного производства. На их фоне возможно снижение дозы НПВП и даже их полная отмена. Лечение длительное (не менее 2-3-х месяцев, чаще 1 год и более). Возможны и физиотерапия (УФО, лазерное облучение - местно и в/в, гальваногрязи, парафин, озокерит и др.), бальнеотерапия, морские купания и т.д.

Ответ к задаче № 2. Раздел 3. Ревматология.

1. На основании анамнеза (обмороки при физических нагрузках, случаи внезапной смерти по материнской линии), данных физикального обследования (систолический шум вдоль левого края грудины, акцент 2 тона над легочной артерией), данных ЭКГ (патологические зубцы Q) и эхокардиографии (резко выраженная гипертрофия миокарда, значительное уменьшенные полости левого желудочка, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана, дилатация левого предсердия, недостаточность митрального клапана, легочная гипертензия) был поставлен диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия с резко преобладающей гипертрофией межжелудочковой перегородки и обструкцией выходного отдела ЛЖ, выраженная недостаточность митрального клапана, легочная гипертензия средней степени, синкопе».

2. Суточное мониторирование ЭКГ, возможно неоднократное с подключением физических нагрузок для выявления желудочковых нарушений ритма.

3. Больному рекомендовано ограничить физические нагрузки и назначить большие дозы блокаторов медленных кальциевых каналов: верапамил до 240 мг/сут (в последующем до 360 мг/сут). Учитывая обструкцию выносящего левого желудочка, предпочтительны β - адреноблокаторы. Наблюдение у кардиолога. Консультация аритмолога и кардиохирурга для решения возможности оперативного лечения (иссечения части перегородки, а также возможное оперативное лечение выявленных нарушений ритма).

Ответ к задаче № 3. Раздел 3. Ревматология.

1. Системная склеродермия, хроническое течение, стадия генерализации процесса, активность 2 степени (синдром Рейно, склеродермическое поражение кожи, эзофагит, базальный пневмосклероз). К большим критериям постановки диагноза у данной больной относятся склеродермические поражения кожи с характерной локализацией, синдром Рейно, остеолиз ногтевых фаланг кистей, поражение пищеварительного тракта (склеродермический эзофагит с дисфагией), поражение легких по типу базального пневмофиброза. Рентгенография пищевода, легких, ЭКГ, ЭхоКГ, реовазография, исследование азотовыделительной и концентрационной функции почек, биопсия кожи или слизистых оболочек. Д-пенициллин, колхицин, диметилсульфоксид, антагонисты кальция, дезагреганты, нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, цитостатические иммунодепрессанты, аминохинолиновые препараты, ферменты (лидаза, гиалуронидаза). Прогноз неблагоприятный в связи с необратимостью изменений и дальнейшим прогрессированием процесса.

Ответ к задаче № 4. Раздел 3. Ревматология.

Хроническая ревматическая болезнь сердца. Умеренно выраженный митральный стеноз. Блокада правой ножки пучка Гиса. ХСН II А (застой в легких) ФК 4. Наиболее вероятные осложнения: фибрилляция предсердий, тромбоэмболии, возможно развитие правожелудочковой недостаточности, а также инфекционного эндокардита. 2. Симптом Попова – за счет сдавления увеличенным левым предсердием левой подключичной артерии на лучевой артерии пульс меньшего наполнения, чем на правой. «Кошачье мурлыканье» в фазу диастолы на верхушке за счет выталкивания крови через суженное левое атриовентрикулярное отверстие. 3. оперативное лечение – метод выбора. Консервативное лечение: Диуретики. β -адреноблокаторы (начиная с минимальных доз). Нитраты, сиднофарм (с осторожностью). При выявлении нарушения гемостаза (гиперкоагуляции или гиперкоагуляционной фазы ДВС-синдрома) – антиагреганты (тромбоАСС, курантил в достаточной дозе – 150 -200 мг 3 раза) или /и антикоагулянты (внутри варфарин).

Ответ к задаче № 5. Раздел 3. Ревматология.

1. Ревматоидный артрит (полиартрит) с системными проявлениями (субфебрилитет, анемия), серопозитивный, активность III ст. Рентгенологическая стадия III. НФС II. Синовит, остеопороз, сужение суставных щелей, эрозии; НПВП, базисная терапия (цитостатики - метотрексат 10-15 мг/нед в/м), дипроспан 1,0 мл в/суставно, сосудистые препараты. При недостаточной эффективности – моноклональные антитела к фактору некроза опухоли- α : инфликсимаб (Ремикейд) 10 -20 мг в/в, ритуксимаб.

Ответ к задаче № 6. Раздел 3. Ревматология.

1. Бруцеллез. Левомецетин, рифампицин, тетрациклин. Опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая система, нервная и мочеполовая система.

Ответ к задаче № 7. Раздел 3. Ревматология.

СКВ, острое течение, активность III степени (фебрилитет, полиартралгия, алопеция, снижение массы тела, ломкость ногтей, эритематозная сыпь на коже рук и груди по типу "декольте", отечность и гиперемия красной каймы губ, панцитопения). В дебюте болезни могут быть поражения серозных оболочек, капилляриты, лимфаденопатия, синдром Рейно.

Определение сиаловых кислот, RW, фибриногена, антинуклеарных факторов, LE-клеток, определение антител к двуспиральной ДНК, циркулирующих иммунных комплексов, показатели свертываемости крови, анализ мочи, проба Реберга.

Волчаночный пульмонит, волчаночный эндокардит (Либмана - Сакса), миокардит, перикардит, церебральный васкулит, волчаночный гломерулонефрит, антифосфолипидный синдром

Глюкокортикоиды, препараты иммунодепрессивного действия (аминохинолиновые и цитостатические). При отсутствии эффекта — пульс-терапия глюкокортикостероидами и циклофосфоном. Для уменьшения риска развития осложнений лечения и при отсутствии эффекта стандартной терапии рекомендуют биологический препарат Ритуксимаб - рекомендуемые химерные (мышь-человек) моноклональные антитела к поверхностным рецепторам В-лимфоцитов. Основная мишень Ритуксимаба-клетки предшественники, незрелые, зрелые и наивные В-лимфоциты. Доза — 375 мг/м² поверхности тела, внутривенно 1 раз в неделю - 4 раза.

Ответ к задаче № 8. Раздел 3. Ревматология.

Клинический эффект преднизолона при одних проявлениях СКВ (лихорадка, суставной синдром) развивается в течение нескольких дней, в то время как при волчаночном нефрите требуется более длительное время. Однако отсутствие эффекта от лечения преднизолоном в течение 2 месяцев требует пересмотра программы лечения больной. Альтернативными методами лечения в данной ситуации могут быть пульс-терапия метилпреднизолоном или присоединение цитостатиков (циклофосфамид). По данным неконтролируемых исследований, на фоне пульс-терапии быстрое улучшение наблюдается у 75% больных активным волчаночным нефритом, в том числе и у больных, резистентных к пероральному применению высоких доз преднизолона.

У больных волчаночным нефритом пульс-терапия глюкокортикоидами должна обязательно сочетаться с цитостатической терапией, в частности циклофосфамидом. Такая комбинация позволяет улучшить прогноз заболевания. Альтернирующая терапия глюкокортикоидами (назначение препаратов каждые 48 часов утром) неэффективна при активном процессе у больных системными заболеваниями, но может быть использована для подавления активности процесса при переходе на поддерживающую терапию.

Ответ к задаче № 9. Раздел 3. Ревматология.

Диагноз: Ревматоидный артрит (полиартрит), серопозитивный, быстро прогрессирующее течение, активность 3 степени, рентгенологическая стадия II. НФС II ст.

Кожные, поражения сосудов (васкулит), сердца (перикардит, миокардит, эндокардит), почек, органов пищеварения и др.

Синовит, остеопороз, сужение суставных щелей, эрозии на суставных поверхностях НПВП, базисная терапия (цитостатики - метотрексат 10-15 мг/нед в/м), дипроспан 1,0 мл в/суставно, сосудистые препараты. При недостаточной эффективности – глюкокортикостероиды в малых дозах (преднизолон 5-15 мг /сут), ингибиторы фактора некроза опухоли - α: инфликсимаб (Ремикейд) 3 мг/кг массы тела.

Ответ к задаче № 10. Раздел 3. Ревматология.

Общие синдромы – лихорадка. Похудание.

Ревматические синдромы- боль в коленных суставах и голеностопных суставах.

Аллергические синдромы: крапивница, кожный зуд.

Гематологический синдром – анемия, лейкоцитоз, эозинофилия, тромбоцитоз.

Диспротеинемический синдром: повышение СОЭ, диспротеинемия: гипоальбуминемия и гипергаммаглобулинемия, гиперфибриногенемия.

Ревматические заболевания: принимается во внимание суставной синдром, лихорадка, лабораторные показатели, характеризующие активность процесса. Паранеопластический синдром: учитывая возраст, похудание, диспротеинемию, следует заподозрить онкологическое заболевание. Указанные симптомы могут также наблюдаться в дебюте гемобластозов (например, лимфогранулематоза).

Ревматолог, онколог, гематолог.

Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, почек, колоноскопия, ФГС.

Паранеопластический синдром – симптомокомплекс неспецифических проявлений опухолевого процесса различной локализации. Паранеопластический синдром развивается вследствие своеобразной гиперергической реакции организма на опухоль (антиген опухолевой природы). В подавляющем большинстве случаев характер паранеопластических реакций не зависит от особенностей новообразования. Они могут предшествовать местным симптомам злокачественной опухоли, иногда опережая их на несколько лет.

Кроме описанных, могут наблюдаться эндокринные синдромы (паранеопластическая гиперкальциемия, эктопический синдром Кушинга и др.), неврологические нарушения (поражение головного и спинного мозга, паранеопластическая ретинопатия, нейропатии, поражение мышц)

Ответ к задаче № 11. Раздел 3. Ревматология.

Инфекционный эндокардит.

В типичных случаях диагностика инфекционного эндокардита (ИЭ) базируется на сочетании клинических проявлений клапанной патологии, бактериемии с признаками системного воспаления. Появление нового шума аортальной регургитации с выявлением вегетаций на аортальном клапане при ЭХОКГ-исследовании является важным аргументом в пользу ИЭ.

Лихорадка выше 38 градусов с ознобами относится к чувствительным, но не специфическим признакам ИЭ. Увеличение СРБ, ускорение СОЭ, тромбоцитопения, анемия у лихорадящих больных являются обоснованием ИЭ.

ЭХОКГ- признаки ИЭ, выявляемые в динамике, - это подвижные вегетации, связанные с клапаном или пристеночным эндокардом, внутрисердечные абсцессы или фистулы, признаки деструкции клапанов. При негативном результате ТТЭХОКГ должна быть показана ЧПЭХОКГ.

Перенесенный ранее ИЭ, врожденные и приобретенные пороки сердца, протезированные клапаны сердца, ПМК с выраженной регургитацией II- III степени.

Поражение почек в виде хронического гломерулонефрита, тромбоэмболии почечных артерий с развитием инфаркта почек, поражение кожи, узелки Ослера, мелкоочечная геморрагическая сыпь преимущественно на голенях, кровоизлияние в конъюнктиву глаз, артриты, миалгии.

Системная красная волчанка, лимфопролиферативные заболевания, злокачественные опухоли с паранеопластическим эндокардитом, тромбозы в магистральные артериальные сосуды могут быть клиническим дебютом ИЭ.

Ответ к задаче № 12. Раздел 3. Ревматология.

Тубулоинтерстициальный нефрит (анальгетическая нефропатия).

Критерии «большого» анальгетического синдрома:

- 1) Общие признаки: преждевременное старение. Злоупотребление курением, злоупотребление алкоголем и седативными препаратами, ипохондрический тип личности.
- 2). ССС: АГ, ранний и быстро прогрессирующий распространенный атеросклероз.
- 3). ЖКТ: ЯБ желудка и 12 п\к, умеренное повышение активности ферментов холестаза (ГГТП, ЩФ).

4). Почки и МВП: «стерильная» лейкоцитурия, микрогематурия, склонность к рецидивированию инфекции мвп, злокачественные опухоли мвп.

5). Система крови: анемии (ЖДА и макроцитарная), лейкопения.

Поражение почечного тубулоинтерстиция при воздействии неопиоидных анальгетиков и НПВП связано с блокадой синтеза почечных простагландинов, обуславливающей значительное снижение интенсивности кровотока, хроническую ишемию, сопровождающуюся активацией провоспалительных и фиброгенных хемокинов, а также факторов роста. Падение СКФ при анальгетической нефропатии, кроме того, обусловлено нарушениями регуляции сосудистого тонуса вследствие уменьшения содержания простагландинов в почечной ткани. Снижение интенсивности синтеза почечных простагландинов под действием НПВП и неопиоидных анальгетиков, как правило, сопровождается задержкой натрия и воды. Этот факт особенно заметен у больных с отеками синдромом любого происхождения. Известно, что арахидоновая кислота и простагландин I₂ стимулирует синтез ренина. В связи с этим назначение НПВП и неопиоидных анальгетиков возможно формирование так называемого гипопропротеинемического гиперальдостеронизма, часто сопровождающегося гиперкалиемией, вероятность которого максимальна у пациентов с нарушением функции почек.

1) Снижение ОЦК (относительное и абсолютное): кровопотеря, передозировка диуретиков, диарея, септический шок.

2) Отечный синдром : нефротический синдром, ХСН, декомпенсированный цирроз печени.

3) Поражение почек любого происхождения: хронический гломерулонефрит, стеноз почечных артерий, инфекция мвп, поликистозная болезнь почек, лекарственные нефропатии, ХПН.

4) Другие факторы: преэклампсия, хирургические вмешательства, пожилой возраст.

4. В данном случае подтверждениями анальгетической нефропатии являются:

«лекарственный» анамнез – длительное и бесконтрольное употребление анальгина, наличие длительной АГ, значительное нарушение концентрационной функции почек (по результатам пробы Зимницкого), характерный мочевого синдром (микрогематурия, протеинурия, не превышающая 1 г/сут), гиперкреатининемия, гиперкалиемия. Присутствие кальцинатов и кист в почках, волнистость контуров доказано результатами УЗИ и КТ.

5, На достижение стабилизации анальгетического поражения почек можно рассчитывать только в том случае, если неконтролируемый прием препаратов прекращен. Очевидно, что у большинства пациентов, особенно страдающий хроническим болевым синдромом, рассчитывать на это трудно. Некоторым из них возможно назначение антидепрессантов. Следует, прежде всего, убедить больного отказаться от анальгетических комбинированных средств, содержащих кофеин и кодеин.

Использование пентоксифиллина при анальгетической нефропатии обосновывают необходимостью улучшить состояние почечного микроциркуляторного русла. Однако, эффективность этого препарата у больных с анальгетической нефропатией в контролируемых исследованиях не изучалась, кроме того, их следует назначать с осторожностью в связи с риском провокации желудочно-кишечных кровотечений.

Применение кортикостероидов может быть целесообразным при прогрессировании почечной недостаточности. В целом назначение кортикостероидов не является общепринятым способом лечения анальгетической нефропатии.

При анальгетической нефропатии почти всегда необходима антигипертензивная терапия. Тиазидовые диуретики могут вызвать быстрое ухудшение функции почек за счет относительной гиповолемии. Назначение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II нежелательно, поскольку оно может сопровождаться дальнейшим ростом уровня сывороточных креатинина и калия. Нефропротективный эффект ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II при анальгетической нефропатии не установлен. По-

видимому, оправдано назначение антагонистов кальция, однако эффективность их при анальгетической нефропатии специально не изучалась.
Всем больным анальгетической нефропатией целесообразно ограничение потребления соли. Оправданность малобелковой диеты сомнительна.

Ответ к задаче № 13. Раздел 3. Ревматология.

Амилоидоз развернутая стадия (отечный синдром, гипертонический и мочевого синдром; увеличение размеров печени и селезенки).

Болезнь Бехтерева.

Анализ мочи: массивная протеинурия до 15 г/л, цилиндрурия.

Биопсия почек, печени, кишечника. Ультразвуковое исследование, почек, печени, селезенки, поджелудочной железы. Компьютерная томография органов брюшной полости.

Делагил - уменьшает синтез амилоидных фибрилл. Циклофосфан, хлорамбуцил, ингибиторы ФНО- α . Унитол – уменьшает синтез амилоидных фибрилл. Левамизол. Симптоматическая терапия.

Ответ к задаче № 14. Раздел 3. Ревматология.

Диагноз: Остеоартроз с поражением крупных суставов с явлениями вторичного синовита, RtgI стад. НФС 1 Б. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Гипертоническая болезнь II степени, риск 2, ХСН 1 ст., ФК-1. Вероятно, развилась НПВС-гастропатия.

Примерное лечение

-найз 100 мг 2 раза/день

-физиолечение: магнитотерапия на область суставов, позвоночника №10 (чередовать)

-трентал (пентоксифиллин) 2%-5 мл в/в капельно

-омепразол 20 мг 1 раз/день 4 недели (исходя из того, что у больной НПВС-гастропатия, после обследования дозу можно изменить)

-эгилок 50 мг 2 раза/день, индап 1 капс утром

хондропротекторы длительно 6 месяцев (ДОНА и др.)

-местно - мази, содержащие кеторол, ибупрофен и др.

-низкокалорийная диета, снижение массы тела

Дополнительно:

Ан.кала на скрытую кровь

ФГДС

Анализ крови на сахар, холестерин, креатинин

Эхо-КГ (выявление изменений в сердце)

Необходимо направить больную на консультацию фтизиатра

Ответ к задаче № 15. Раздел 3. Ревматология.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, стадия обострения, осложненная желудочно-кишечным кровотечением. Подагра, подагрический артрит левого коленного сустава. Острая постгеморрагическая анемия 2 ст. тяжести.

Общий анализ мочи, кал на скрытую кровь, гематокрит; группа крови, резус-фактор, протромбиновый индекс, фибриноген, время кровотечения, время свертывания крови; ФГДС; ЭКГ; консультация хирурга.

Биохимия крови (общий белок с белковыми фракциями, серомукоид, сиаловые кислоты, креатинин, мочевины), пробы Реберга, Зимницкого; рентгенография сустава; ОЖСС, КНТ крови

Лечение: диета №1а (2 недели), 1б (2 недели), позже 1 стол.

Медикаментозно:

-блокаторы протонной помпы (омепразол 20-40 мг/сут)

-блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин 20-40 мг/сут)

-гастроинтестинальные гормоны (даларгин 1 мг 2 раза/день парентерально)
- колхицин (1 мг/ 3-4 раза в день) после снятия болевого приступа - аллопуринол (200-400 мг/сут)
препараты железа (внутрь).

Ответ к задаче № 16. Раздел 3. Ревматология.

Остеоартроз левого коленного сустава RtгIc явлениями вторичного синовита. НФС IБ.

Лечение: с учетом стадии заболевания, клиники, данных исследований следует назначить селективные ингибиторы ЦОГ – 2 (найз, мовалис), НПВП, местно – мази, гели, физиолечение. Примерная схема может выглядеть следующим образом:

- низкокалорийная диета, снижение веса при его увеличении, дозированная физическая нагрузка, которая резко снижается при обострении заболевания.

УВЧ, дарсонвализация №10.

показаны и НПВП типа ибупрофена, диклофенака, кетопорофена.

- С целью восстановления и сохранения хряща – хондроитин сульфат – 1000 – 1500 мг/сут и глюкозамин сульфат 1500 мг/сут – длительность 6 мес.

фастум-гель наносить на область коленного сустава 2-3 раза/сут, но не более 14 дней (желательно только 3-7 дней, когда есть боль).

3. Помимо возможных аллергических реакций при длительном приеме неселективных НПВП может возникнуть НПВП – гастропатия, проявляющаяся гастритом, гастродуоденитом, а втяжелых случаях и язвенными дефектами. Также при длительном приеме их идет деструкция хряща (при приеме селективных ингибиторов ЦОГ – 2 поражение слизистой желудка происходит в 10 раз реже, а негативное влияние на хрящ не доказано). Редко могут быть неврологические осложнения – асептический менингит, бронхиальная астма, крапивница, пневмонит, ототоксичность, интерстициальный нефрит, сосочковый некроз.

4. При лечении данного случая прогноз в отношении симптоматики благоприятный, но в целом данное заболевание со временем может прогрессировать при несоблюдении здорового образа жизни, несвоевременном лечении. Постепенно может развиваться деструкция хряща, боковое разрастание костной ткани, обызвествление связок, значительное ограничение связок, значительные ограничения движений и даже необходимость оперативного лечения.

Ответ к задаче № 17. Раздел 3. Ревматология.

Диагноз: множественная миелома, диффузно-очаговая форма, ПА стадия. Ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма (анемия, миотрофия), серонегативный, медленно прогрессирующее течение, средняя степень активности, рентгенологически IV стадия, ФНС 1.

Гистологическое исследование трепаната костной ткани из гребня подвздошной кости.

Остеопороз, сужение суставной щели, множественные узур, костные анкилозы.

Учитывая высокую степень плазмоклеточной метаплазии костного мозга, распространенные деструктивные изменения костной ткани, больной необходимо провести курс полихимиотерапии (ПХТ) по определенной программе до получения первичной полной ремиссии с последующим пожизненным наблюдением и лечением у гематолога. После ПХТ необходимо наблюдать также за течением ревматоидного артрита и при обострении проводить соответствующую терапию (НПВП, цитостатики, ЛФК и др.).

Ответ к задаче № 18. Раздел 3. Ревматология.

Системная красная волчанка: подострое течение, активность III ст., гемолитический криз, правосторонний экссудативный плеврит, полиартралгия, лимфаденопатия.

Лечение: 1. Режим при обострении постельный. 2. Диета, богатая витамином С, В, насыщенными жирными кислотами. 3. Преднизолон 60 мг в сутки с постепенным снижением до 7,5 мг в сутки. 4. Делагил 0,25 г/сутки. 5. При неэффективности плазмаферез с по-

следующей пульстерапией метилпреднизолоном 1000 мг в/в капельно в течение 3 дней подряд. 6. Найз 100 мг 1 т 2 раза в день. 7. Гепарин 10 000 ЕД действия в сутки в/в капельно в течение 2-4 недель с постепенной отменой, лучше – НМГ. 8. Пентоксифиллин – 5 мл на 200 мл физраствора в/в капельно №5-10. Затем перорально по 1т (0,1) 2-3 раза/ день до 2-4 недель.

Ответ к задаче № 19. Раздел 3. Ревматология.

СКВ острое течение, активность 3, васкулит, полиартралгия. НФС 1. Антифосфолипидный синдром, осложнение ОНМК в левой гемисфере по ишемическому типу с геморрагическим компонентом с рецидивом в правой гемисфере и межуточном мозге. Сопорозное состояние, сознание. ДВС-синдром, гиперкоагуляционная фаза.

МРТ головного мозга. Длит. кровотечения, АЧТВ, (этаноловый тест, фибриноген А и В, протаминсульфатный - тест, Д-димеры и др), фибринолитическая активность крови тромбоциты в динамике.

3. Преднизолон - 1 мг/кг массы тела,, метипред 1000 мг в/в кап №3, циклофосфан 1000 мг №1 в/в кап.

ОНМК. Отек мозга.

Сернокислая магнезия, пульс терапия метипредом, НМГ п/п. При уточнении на МР типа ОНМК - тромболитики при изолированном ишемическом инсульте, эвакуация крови при геморрагическом. Глиатилин в/в; актовегин в/в (в/м).

Ответ к задаче № 20. Раздел 3. Ревматология.

Диагноз: Ревматоидный артрит (полиартрит), серопозитивный, быстро прогрессирующее течение, активность 3 степени, рентгенологическая стадия II. НФС II ст.

Кожные проявления: ревматические узелки, язвы на коже голеней, поражение ногтевых фаланг пальпируемая пурпура. Поражение глаз: склериты, конъюнктивит. Поражение сердца, перикардит, миокардит, эндокардит. Поражение лёгких: фиброз, плеврит, бронхолит. Поражение почек: амилоидоз, гломерулонефрит. Нейропатии, асимметричные полиневриты. Анемии. Синдром Шегрена.

Синовит, остеопороз, сужение суставных щелей, эрозии на суставных поверхностях.

НПВП - ортофен 25 мг*4раза в день. Базисная терапия (цитостатики - метотрексат 10-15 мг/нед в/м), дипроспан 1,0 мл в/суставно, сосудистые препараты. Можно назначить лефлуномид, являющийсяпролекарством. Его метаболит подавляет синтез активных Т-лимфоцитов через ингибирование пиримидиновых оснований, угнетает синтез ЦОГ -2, провоспалительных цитокинов и молекул адгезии. Рекомендуются доза - 20 мг/ сут., длительность лечения 2-3 года. При недостаточной эффективности – глюкокортикостероиды в малых дозах (преднизолон 5-15 мг /сут), ингибиторы фактора некроза опухоли – α.

Ответ к задаче № 21. Раздел 3. Ревматология.

1. Системная склеродермия, хроническое течение, стадия генерализации процесса, активность II степени (синдром Рейно, склеродермическое поражение кожи и лица - плотный отек костей с изъявлениями и периартикулярных тканей с образованием сгибательных контрактур суставов 3, 4 и 5-го пальцев обеих кистей, маскообразное лицо, (т.н. «кисетный рот»), базальный пневмофиброз с дыхательной недостаточностью 2 ст., склеродермический очаговый фиброз сердца, поражение пищевода, кишечника с явлениями преходящей клинической непроходимости в сочетании с серопозитивным ревматоидным артритом с поражением мелких суставов обеих кистей и стоп, локтевых, плечевых, лучезапястных. рентгенологически II стадия. НФС III ст. Отсутствие способности к самообслуживанию.

Рентгенография пищевода, легких, ЭКГ, Эхо-КГ, реовазография, УЗИ с ЦДК сосудов верхних и нижних конечностей, исследование функции почек, Ро-логическое исследование суставов, биопсия кожи или слизистых оболочек.

Вместо неэффективного Д-пенициллина, с учетом наличия выраженного суставного синдрома (серопозитивного эрозивного полиартрита), можно назначить метотрексат (т.н. «золотой стандарт» базисной терапии РА); но выраженный базальный пневмофиброз исключает эту возможность. Вместо него можно назначить лефлуномид, являющийся пролекарством. Его метаболит подавляет синтез активных Т-лимфоцитов через ингибирование пиримидиновых оснований, угнетает синтез ЦОГ-2, провоспалительных цитокинов и молекул адгезии, противовоспалительный эффект доказан при лечении РА клинически и рентгенологически, особенно в ранние сроки заболевания. Учитывая наличие перекрестного синдрома, его применение оправдано. Рекомендуемая доза - 20 мг/сутки.

Ответ к задаче № 22. Раздел 3. Ревматология.

Диагноз: Анкилозирующий спондилит, развернутая стадия (сacroиит), двусторонний сacroиит рентген II стадия, с внеаксиальными проявлениями (ахиллодинит). ФК 2.

Диагноз удовлетворяет модифицированным нью-йоркским критериям АС: характерные клинические признаки (боли в нижней части спины более 3 месяцев воспалительного характера), данные объективного исследования (положительный тест Кушелевского), рентгенологические признаки сacroиита (размытость суставной щели), данные рентгенографии голеностопных суставов: очаги деструкции в местах прикрепления связок к пяточным костям. Лабораторно – ускоренная СОЭ. Проведение иммунологического исследования – HLA B27, отрицательный РФ.

Лечение:

ЛФК 1,5 часа ежедневно, гребля, плавание.

НПВП (Диклофенак ретард 100 мг утром и 50 мг вечером после еды длительно)

Базисная терапия сульфасалазин 500 мг по схеме: 1 таб вечером 1 неделя, затем 1 таб утром и вечером 1 неделю, затем 1 таб утром и 2 таб вечером, затем 2 таб утром и вечером длительно, под контролем ПАК, ПАМ, АЛТ, АСТ, креатинин, билирубин 1 раз в 2 недели.

Ответ к задаче № 1. Раздел 4. Гастроэнтерология

Б, Г. В развитии асцита играют роль 2 фактора: резкое снижение синтеза альбумина в печени, приводящее к снижению онкотического давления плазмы, и значительная портальная гипертензия. Асцит развивается внезапно или более постепенно, в 6% случаев сочетается с плевральным выпотом, чаще правосторонним. У 8% больных развивается спонтанный бактериальный перитонит, заподозрить который можно при появлении локальных болей в животе, напряженного асцита, лихорадки и лейкоцитоза крови. Для уточнения причин перитонита проводят диагностический парацентез в объеме 50 мл. В случае эвакуации большого количества жидкости может развиваться значительная гипонатриемия, которая приведет к артериальной гипотензии, слабости, быстрому нарастанию асцита, судорогам, повышению мочевины крови. Парацентез является фактором риска развития печеночной комы при циррозе печени.

Ответ к задаче № 2. Раздел 4. Гастроэнтерология

Г. Прямым следствием приема алюминия, входящего в состав альмагеля, у больных с почечной недостаточностью является тяжелая остеопороз, обусловленная замещением кальция алюминием в костной ткани. У больных с нормальной функцией почек применение гидроксида алюминия приводит к снижению уровня фосфора в крови в результате связывания его алюминием в тонкой кишке. Синдром нарушенного всасывания маловероятен, так как отсутствуют его клинические проявления. Имеются сообщения о развитии остеопороза в сочетании с доброкачественными опухолями мезенхимального происхождения, но не с аденокарциномой желудка.

Ответ к задаче № 3. Раздел 4. Гастроэнтерология

А, Б, Г. Наиболее вероятен диагноз первичного билиарного цирроза печени. При этом заболевании часто выявляют повышение Ig М в сыворотке крови и различные аутоантитела - к тиреоглобулину, эпителию протоков слюнных желез. Возможно сочетание первичного билиарного цирроза с системной склеродермией. Ретроперитонеальный фиброз в редких случаях сочетается со склерозирующим холангитом, но не с первичным билиарным циррозом. Применяют Д-пеницилламин, хотя эффективность его и влияние на выживаемость не установлены.

Ответ к задаче № 4. Раздел 4. Гастроэнтерология

1 – обязательные методы: ОАК, ОАМ, копрология, кал на скрытую кровь, гистологические и цитологическое исследование биоптата, посев кала на бактериальную флору, калий, натрий, кальций крови, группа крови и резус-фактор; холестерин, билирубин, общий белок и фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, сывороточное железо; и дополнительные методы исследования: коагулограмма, ретикулоциты, сывороточные иммуноглобулины, исследования на ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов; обязательные инструментальные исследования: ректороманоскопия с биопсией СО прямой кишки; дополнительные исследования в зависимости от тяжести течения болезни, ее осложнений и сопутствующих заболеваний (УЗИ, ЭРХПГ, рентгенография бр. полости и др.) – согласно Стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения.

2-в. Активность процесса определяет ранимость слизистой, распространенность процесса хорошо видна при ирригоскопии.

3 – речь идет о средней степени тяжести НЯК (преимущественно проктосигмоидит). Показан преднизолон внутрь 40-60 мг/сут в течение месяца, далее постепенная отмена по 10 мг в неделю, микроклизмы с гидрокортизоном (125 мг) или преднизолоном (20 мг) 2 раза в сут. 10 дней, сульфасалазин внутрь 2 г, или 5-АСК – месалазин (мезакол, салофальк) 1-2 г в сут. длительно. Богатая клетчаткой пища, в том числе и отруби, не показана.

Ответ к задаче № 5. Раздел 4. Гастроэнтерология

А) холангит.

Б) показана госпитализация в гастроэнтерологическое отделение для проведения антибактериальной, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии.

Ответ к задаче № 6. Раздел 4. Гастроэнтерология

А, В, Г, Д. Асцит наиболее часто встречается при алкогольном циррозе и циррозе-раке печени, протекающих с портальной гипертензией, реже – при псевдокистозе поджелудочной железы и остром алкогольном гепатите. Изолированный тромбоз селезеночной вены не сопровождается массивным асцитом.

Ответ к задаче № 7. Раздел 4. Гастроэнтерология

Д. Инфекция *Campylobacter* – распространенная причина бактериальной диареи. Диарея бывает тяжелой, с примесью крови; при проведении в острую фазу проктосигмоскопии определяют изъязвленную рыхлую СО. Болезнь проходит спонтанно с полным восстановлением СО.

Для язвенного колита не характерно спонтанное выздоровление, при проктосигмоскопии выявляется диффузную рыхлость, кровоточивость и изъязвления СО; при биопсии – абсцессы в криптах.

Псевдомембранозный колит часто развивается как осложнение терапии антибиотиками широкого спектра действия за счет подавления жизнедеятельности большинства анаэробных микроорганизмов, но при этом возрастает возможность роста анаэроба *Cl. Difficile*,

который продуцирует эндотоксин, вызывающий псевдомембранозный колит. Характерно появление бело-желтых налетов на СО прямой и сигмовидной кишки («псевдомембран») при эндоскопии. Диагноз подтверждается определением в кале токсина *Cl. Difficile*.

Злоупотребление слабительными – частая причина как секреторной, так и осмотической диареи. Секреторная диарея может быть спровоцирована приемом касторового масла, бисакодила, фенолфталейна. Осмотическая диарея может быть следствием приема магнезии, лактулозы, сорбита. При злоупотреблении препаратами сенны может развиваться лаксативная болезнь.

Ишемический колит диагностируется с учетом основного заболевания – атеросклероза аорты и устьев артерий, кровоснабжающих толстую кишку и для 20-летнего возраста не характерен.

Ответ к задаче № 8. Раздел 4. Гастроэнтерология

Для уточнения диагноза необходимо провести холтеровское мониторирование, ЭФГДС, суточную рН-метрию, рентгенографию пищевода и желудка, рентгенографию легких. Диагноз – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Причина одышки и нарушений сердечного ритма, по-видимому, - не только хроническая сердечная недостаточность, но и смещение органов средостения, вызванное грыжевым выпячиванием. Следовательно, одышка и сердечная аритмия имеют рефлекторный характер. Действительно, после оперативного вмешательства по поводу грыжи экстрасистолия исчезла, одышка уменьшилась. Ретроспективное изучение истории болезни показало, что можно было заподозрить рефлекторный характер сердечных нарушений, не объясняя это только ИБС. О чем, в частности, свидетельствовало безуспешное применение различных сердечных средств. Были основания предположить и наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, если бы были приняты во внимание особенности возникновения одышки и экстрасистолии, которые отмечались после натуживания, при наклоне туловища и в горизонтальном положении.

Ответ к задаче № 9. Раздел 4. Гастроэнтерология

Абдоминальная пурпура (капилляротоксикоз). Лечение – нестероидные противовоспалительные средства. Оперативное лечение показано при развитии симптомов перитонита, возникшего вследствие некроза стенки кишечника.

При капилляротоксикозе (абдоминальной пурпуре) в связи с геморрагическими высыпаниями в органах брюшной полости возникают сильные боли в животе. Правильная оценка анамнестических данных, изменений со стороны кожи, суставов и почек помогает диагностировать абдоминальную пурпуру. Диф. диагноз необходимо проводить с прободной язвой желудка, острым аппендицитом или холециститом, кишечной непроходимостью, узелковым периартериитом. Возникновение абдоминального синдрома при узелковом периартериите обусловлено поражением мелких артерий брюшной полости, проявляющегося нарушением артериального кровообращения (спазмы или тромбоз артерий), кровоизлияниями, язвенно-некротическими изменениями стенки желудка или кишечника, не исключена перфорация этих органов.

Ответ к задаче № 10. Раздел 4. Гастроэнтерология

Сифилис желудка. Необходимо исследовать кровь на реакцию Вассермана, провести рентгенографию легких, УЗИ печени, почек, поджелудочной железы. Необычные по форме, внешнему виду больших размеров язвы, преимущественно желудочной локализации, особенно вне малой кривизны желудка, исключают формальный диагноз язвенной болезни уже на этапе амбулаторного обследования, а исключение их симптоматического характера – вследствие опухоли, сифилиса, туберкулеза и других причин. Что касается туберкулезного поражения желудка, то, как правило, оно осложняет туберкулез легких. Деструкция гуммы похожа на распад аденокарциномы желудка. Рентгенологически обнару-

живается большое сходство с раком желудка. Замедляет постановку диагноза позднего висцерального сифилиса вообще и сифилиса желудка в частности отсутствие у большинства больных соответствующих анамнестических данных. Кроме того, стандартные серологические реакции в 20-50% отрицательны у этих больных. В связи с этим целесообразна постановка ПЦР. Наиболее существенным признаком, позволяющим усомниться в неопластическом поражении желудка – относительно хорошее самочувствие при большом дефекте наполнения.

Ответ к задаче № 11. Раздел 4. Гастроэнтерология

1. Острый инфаркт миокарда
2. ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, тропонины, КФК-MB, АСТ.
3. Перевод в дежурную кардиологическую службу, предварительно обезболить промедолом, нитроминт под язык, аспирин под язык.
4. Острый панкреатит, прободная язва желудка и 12п кишки, кишечная непроходимость

Ответ к задаче № 12. Раздел 4. Гастроэнтерология

1. Нет. Локализация болей в нижней трети грудины, отсутствие типичной иррадиации боли, молодой возраст, отсутствие изменений в анализах крови, нормальные показатели ЭКГ, велоэргометрии, холтеровского мониторирования, отсутствие эффекта от проводимой терапии позволяют усомниться в диагнозе и заподозрить у пациента гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.
2. ЭФГДС, 24-часовое интраэзофагеальное pH-мониторирование, кал на скрытую кровь, сывороточное железо, рентгеноскопия пищевода и желудка.
Тест с омепразолом (40-80мг/сутки в течение недели).
3. Исключение строго горизонтального положения во время сна (поднять головной конец кровати на 15 см)
Исключение поднятия тяжестей
Отказ от курения, злоупотребления алкоголем
Исключить жирные, жареные блюда, продукты, содержащие кофеин, газированные напитки, рекомендуется пища с повышенным содержанием белка, последний приём пищи за 3 часа до сна
Ингибиторы протонной помпы (омез по 20 мг утром или по 20 мг 2 раза в день) длительно (не менее 1 месяца)
Селективные блокаторы дофаминовых рецепторов (мотилиум, цизаприд по 10 мг 4 раза в день)
Антациды жидкие (альмагель, фосфалюгель, маалокс)
По показаниям – хирургическое лечение

Ответ к задаче № 13. Раздел 4. Гастроэнтерология

1. Правильные ответы: г. Учитывая жалобы больной на нарушения стула, боли по ходу толстой кишки, усиленное газообразование, следует думать о наличии синдрома раздраженного кишечника (СРК). СРТК (по старой терминологии “спастический колит”) – функциональное заболевание кишечника, являющееся одной из наиболее частых патологий органов системы пищеварения. Принципиально важным при установлении диагноза СРТК является отсутствие специфического субстрата воспаления (например, туберкулезных гранулем, опухолей, язв). Основными симптомами заболевания являются нарушение стула, длительный запор либо так называемая слизистая колика, т.е. приступы болей в животе с последующим выделением с калом большого количества слизи, иногда в виде пленок. Частый симптом – ноющие боли в животе, локализующиеся обычно в боковых или нижних отделах. Причиной метеоризма, как правило, является дисбактериоз. Диспепсические явления (отрыжка, подташнивание, урчание в животе) чаще связаны с сопутствующими заболеваниями органов

пищеварения. При длительном течении заболевания возможна потеря массы тела, хотя общее состояние обычно не страдает.

2. Правильный ответ: а,б,в.

Для диагностики, помимо пальпации живота, важно копрологическое исследование. При этом выявляется большое количество воспалительных элементов, слизи, лейкоцитов, йодофильной флоры, непереваренной клетчатки. Существенные изменения при рентгенологическом исследовании кишечника (ирригоскопия) или колоноскопии не выявляются, что принципиально отличает СРК от колита. УЗИ органов брюшной полости и ЭГДС проводятся для обнаружения сопутствующих заболеваний органов пищеварения.

3. Правильные ответы: б-д.

Причины развития синдрома весьма разнообразны. Это грубые нарушения режима питания и рациональной диеты; интоксикация, вызванная длительным воздействием экзогенных веществ, поражающих преимущественно стенку толстой кишки; пищевая аллергия; нерациональное и бесконтрольное применение антибиотиков широкого спектра действия и развитие дисбактериоза.

Ответ к задаче № 14. Раздел 4. Гастроэнтерология

Правильный ответ: б.

У больной выявлен забрюшинный абсцесс, протекавший с высокой лихорадкой, палочко-ядерным сдвигом, токсической зернистостью нейтрофилов, цилиндрурией. Признаки отрицательных зубцов ТI, aVL, V4-6, свидетельствующие о возможных коронарных нарушениях, не сопровождались симптомами инфаркта миокарда. Важным указанием на токсическую природу наблюдавшихся изменений ЭКГ служит быстрое (спустя 2 суток после вскрытия абсцесса) исчезновение упомянутых признаков у отрицательных зубцов ТI, aVL, V 4-6. Сохранение значительного опущения сегмента STV4-6 свидетельствует о наличии хронической коронарной недостаточности, однако, обострения ее в данном случае не произошло.

Правильный ответ: б.

Электрокардиография – чувствительный способ обнаружения токсических влияний на миокард. Важным признаком токсической природы инфарктоподобных изменений ЭКГ является их быстрое исчезновение после устранения причины интоксикации. Динамическое ЭКГ-наблюдение следует считать наиболее адекватным обследованием в данном случае.

Правильный ответ: г.

В эксперименте получены данные о возникновении некротических изменений миокарда под влиянием повышенных доз катехоламинов. Эти изменения сходны с таковыми при закрытии просвета коронарных артерий. В данном случае можно предполагать повышение уровня катехоламинов в крови под влиянием абсцесса, но в отличие от такого повышения при острой коронарной недостаточности эффект катехоламинов менее выражен и продолжителен. Ишемические изменения миокарда у больной имеют некоронарогенную природу (инфарктоподобные изменения), что повышает вероятность их быстрой обратимости и отсутствия клинических признаков ишемии.

Ответ к задаче № 15. Раздел 4. Гастроэнтерология

Пенетрация язвы желудка в поджелудочную железу.

Общий анализ крови, рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудка, УЗИ органов пищеварения, консультация хирурга.

Показано оперативное лечение.

Ответ к задаче № 16. Раздел 4. Гастроэнтерология

Дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу.

Для уточнения диагноза следует провести: ультразвуковое сканирование гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, УЗИ желчного пузыря с желчегонным завтраком дуоденальное зондирование, холецистографию, фиброгастродуоденоскопию (для исключения вторичной билиарной дискинезии).

Ответ к задаче № 17. Раздел 4. Гастроэнтерология

Хронический панкреатит с натужением внешнесекреторной функции.

Для уточнения диагноза необходимо провести: общеклинические тесты, копрологическое исследование, кал на скрытую кровь, фекальная эластаза, амилаза крови, липаза, ирригоскопию, колоноскопию с биопсией (для исключения органической патологии кишечника).

Ответ к задаче № 18. Раздел 4. Гастроэнтерология

Ранний демпинг-синдром. Постгастрорезекционная диарея.

Рентгенологическое исследование ЖКТ (быстрое опорожнение культи желудка, ускоренный пассаж бария по кишечнику, дистонические и дискинетические расстройства), сахар крови, копрологическое исследование.

Диетические рекомендации, холинолитики, заместительная терапия, антидиарейные средства, седативные препараты.

Ответ к задаче № 19. Раздел 4. Гастроэнтерология

1. Острый панкреатит, который может осложняться кишечной непроходимостью.
2. Прежде всего, следует выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости.
3. Госпитализация пациента в хирургическое отделение.

Ответ к задаче № 20. Раздел 4. Гастроэнтерология

1. Можно предполагать рак печени.
2. Необходимо исследовать альфа-фетопrotein; провести УЗИ внутренних органов, КТ печени; компьютерную томографию органов брюшной полости; лапароскопию с прицельной биопсией печени.
3. Дифференцировать нужно с вторичными опухолями печени, циррозом печени, другими очаговыми поражениями печени (абсцесс, эхинококкоз, поликистоз), брюшным тифом, системной красной волчанкой.

Ответ к задаче № 1. Раздел 5. Нефрология

При наличии дизурических расстройств и вагинальных выделений у беременных в сочетании с лейкоцитурией необходимо в первую очередь исключить хламидийную инфекцию. При отсутствии возможности верификации хламидиоза с помощью микробиологических и других методов проводится эмпирическая антимикробная терапия. Последняя должна включать антибиотики, к которым чувствительны хламидии. Антихламидийной активностью обладают тетрациклины (доксикалин: метациклин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин), макролиды (эритромицин, рокситромицин). Высокой активностью обладает антибиотик из группы азалидов азитромицин, эффективный у 90-95% больных. Препарат предпочтителен для эмпирической терапии у больных с высокой вероятностью не только хламидиоза, но и смешанных инфекций (гонорея, гарднереллез). К В-лактамам антибиотикам (амоксциллин) хламидии нечувствительны. Антибиотики из группы тетрациклинов и фторхинолонов, активные по отношению к хламидиям, при беременности противопоказаны. Кроме того, частота устойчивости данного возбудителя к тетрациклинам высока.

Ответ к задаче № 2. Раздел 5. Нефрология

Назначение малобелковой диеты больным с хронической почечной недостаточностью (ХПН) способствует уменьшению симптомов уремии, более длительному сохранению остаточной функции почек. Суточное потребление белка при уровне креатинина в крови 0,3-0,5 ммоль/л не должно превышать 0,6 г/кг в сочетании с незаменимыми аминокислотами (кетостерил). Общая калорийность малобелковой диеты должна составлять около 3000 ккал/сут, что обеспечивается увеличением содержания в пищевом рационе углеводов и жиров (преимущественно ненасыщенных). Ингибиторы АПФ могут быть препаратами выбора для коррекции артериальной гипертензии у больных с ХПН, так как они обладают нефропротективным свойством, снижают внутриклубочковую гипертензию и замедляют прогрессирование ХПН; применяются под контролем уровня креатинина и калия. В-блокаторы не являются оптимальным средством для лечения артериальной гипертензии с учетом наличия признаков сердечной недостаточности. В основе анемии при ХПН лежат различные механизмы (дефицит эритропоэтина, наличие его ингибиторов, гемолиз и др.). Лечение гемодиализом в большинстве случаев следует начинать при скорости клубочковой фильтрации ниже 8 -10 мл/мин. Лечение препаратами железа и ЭПО необходимо после исследования ферритина, сывороточного железа, КНТ (до максимального уровня Нв – 110г/л).

Ответ к задаче № 3. Раздел 5. Нефрология

Компьютерная томография почек не имеет диагностических преимуществ в распознавании ХП перед УЗИ и используется главным образом для дифференциальной диагностики с опухолевым процессом. Так как ХП является бактериальным интерстициальным поражением, для него характерно снижение относительной плотности мочи даже без признаков ХПН. Приблизительно в 20% случаев бактериологическое исследование может давать ложноположительные результаты. Рекомендуется проводить трехкратный посев мочи, желательно из ее средней порции. Эритроцитурия не характерна для ХП, но может встречаться у данной категории пациентов при наличии мочекаменной болезни, пузырно-мочеточникового рефлюкса, доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Ответ к задаче № 4. Раздел 5. Нефрология

1. Подагра с поражением суставов (анамнестически - острый артрит правого голеностопного сустава), почек. Острая мочекишечная блокада почечных канальцев.
2. Избыточное поступление мочевой кислоты (обильная мясная пища), дегидратация и снижение диуреза вследствие посещения сауны.
3. Исследовать отношение концентрации мочевой кислоты и креатинина в моче, при величине этого отношения 1,0 и более следует диагностировать ОМБ.
4. Немедленная регидратация, назначение мочегонных (фуросемид), ощелачивание мочи введением раствора бикарбоната натрия внутривенно, назначение аллопуринола. При неэффективности - гемодиализ.

Ответы на вопросы к задаче:

1. б, г.
2. а, б, г.

Ответ к задаче № 5. Раздел 5. Нефрология

1. Нефротический синдром.
2. Клинические признаки: периферические отеки, анасарка. Лабораторные признаки: протеинурия до 12, 5 г/л, гипопротейнемия, уменьшение содержания альбумина; увеличения содержания холестерина, триглицеридов, β-липопротеидов.
3. Паранеопластический процесс, возможно опухоль желудочно-кишечного тракта (желудка, кишечника, поджелудочной железы).
4. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта, фиброгастроскопия с биопсией слизистой желудка. УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография брюшной поло-

сти. Анализ крови радиоиммуноферментным, радиоиммунным методом на маркеры опухолей.

Ответ к задаче № 6. Раздел 5. Нефрология

1. Хронический пиелонефрит, в фазе обострения, средней степени тяжести.
2. Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
3. Посев мочи, 3хстаканная проба, проба Зимницкого и Реберга-Тареева, , определение клиренса креатинина и клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Гоулта, экскреторная урография, УЗИ почек.
4. Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры, где предпочтение отдается фторхинолонам, гипотензивные препараты, спазмолитики, препараты улучшающие микроциркуляцию и повышающие иммунные реакции.

Ответ к задаче № 7. Раздел 5. Нефрология

1. Хронический гломерулонефрит, нефротический вариант, в фазе обострения, средней степени тяжести, ХПН I ст (креатинин 0,18 ммоль/л).
2. Нефротическая форма.
3. Гипоонкия.
4. Определение белка в суточном количестве мочи, проба Реберга-Тареева, электролиты (калий, натрий, кальций крови и мочи, сахар крови), полный анализ крови с формулой и количеством тромбоцитов, УЗИ почек, биопсия почки, проба Зимницкого, иммуноглобулины. Иммунохимия для исключения системного заболевания.

Ответ к задаче № 8. Раздел 5. Нефрология

1. Клинически у больного можно диагностировать мочекаменную болезнь, обострение хронического пиелонефрита, артериальную гипертензию.
2. Описанные симптомы, характер болевого синдрома с иррадиацией по ходу мочеточника характерны для почечной колики.
3. УЗИ почек, экскреторная урография, посев мочи на микрофлору, 3-х стаканная проба, анализ мочи по-Зимницкому, проба Реберга-Тареева, определение клиренса креатинина и клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Гоулта, уровень мочевины крови, контроль полного анализа мочи в динамике.
4. Необходимо назначение антибиотикотерапии, после УЗИ и исключения других обтурирующих конкрементов, с учетом чувствительности микрофлоры (до определения – антибиотика широкого спектра действия, например, фторхинолоны, цефалоспорины III поколения), гипотензивная терапия (ингибиторы АПФ), , спазмолитики, препараты, предотвращающие камнеобразование (фитолизин, пролит), , препараты улучшающие микроциркуляцию и повышающие иммунные реакции, фитотерапия (лист брусники, клюквенный морс).

Ответ к задаче № 9. Раздел 5. Нефрология

1. Острый пиелонефрит.
2. С помощью рентгенологических методов исследования можно выявить увеличение левой почки в объеме, при экскреторной урографии определяется ограничение подвижности пораженной почки, позднее - появление тени мочевыводящих путей на стороне поражения
3. УЗИ почек, посев мочи на микрофлору, 3-х стаканная проба, анализ мочи по-Зимницкому, определение клиренса креатинина и клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Гоулта, уровень мочевины крови, контроль полного анализа мочи в динамике.

4. Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры, где предпочтение отдается фторхинолонам, спазмолитики, растительные уросептики, препараты улучшающие микроциркуляцию, дезинтоксикация.

Ответ к задаче № 10. Раздел 5. Нефрология

1. Хронический гломерулонефрит, нефротический вариант. Хроническая почечная недостаточность (азотемия – креатинин крови 0,43 ммоль/л, снижение клубочковой фильтрации – 18 мл/мин, олигурия 600 мл/сут, анемия – гемоглобин 78 г/л)

2. ХПН, консервативно – курабельная стадия или ХБП IV ст.

3. Гиповолемия, гипонатриемия, гиперкалиемия, гипоальбуминурия, азотемия, ацидоз.

4. Миелотоксическое действие и нарушение выработки эритропоэтина

5. Лечение.

диета: ограничение белка до 0,6 г/кг массы тела,

незаменимые аминокислоты (кетостерин),

Для снижения калия – глюкозо-инсулин-кальциевая смесь, сода, фуросемид,

энтеросорбенты (полифепан, активированный уголь, энтеродез),

гипотензивные препараты, диуретики (фуросемид, урегит),

бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов,

блокаторы рецепторов АТ 2 – нельзя до нормализации калия,

при нарастании симптомов ХПН (увеличение калия в сыворотке и креатинина) – гемодиализ,

под контролем ферритина – препараты железа; при снижении В12 и фолиевой кислоты – препараты В12 и фолиевой кислоты (+) производные эритропоэтина,

так как уже ХПН – то преднизолон и азатиоприн отменить,

гиполипидемические препараты

Ответ к задаче № 1. Раздел 6. Эндокринология

Клинический диагноз: Диффузный токсический зоб II степени по ВОЗ. Тиреотоксикоз 3 степени тяжести.

Тиреотоксический криз.

Самостоятельное прекращение лечения тиреостатическим препаратом – мерказолилом.

Симптом Кохера – отставание верхнего века при резком опускании взгляда вниз с образованием между верхним веком и верхним краем радужной оболочки глаза участка (полоски) белочной оболочки.

Симптом Мебиуса – нарушение конвергенции при концентрации взгляда на кончик носа.

Симптом Грефе – повышенный блеск глаз («лихорадочный»).

Симптом Дельримпля – широкое раскрытие глазных щелей.

4. Полный покой. Мерказолил внутрь (при отсутствии рвоты) 40-60 мг/сут. Нейроплегическая смесь (промедол, аминазин, новокаин) в/м 3-4 раза в сутки. Глюкокортикоиды- гидрокортизон до 600 мг/сут, преднизолон до 120 мг/сут, дексаметазон – 16-24 мг/сут внутривенно. Бета-адреноблокаторы внутривенно и энтерально. Внутривенное капельное введение жидкостей: изотонического раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы, раствора Рингера. Всего жидкости 2-4 л в сутки. Раствор Люголя 1% 100-200 капель развести на 1000мл 5 %глюкозы.

Ответ к задаче № 2. Раздел 6. Эндокринология

Сахарный диабет 1 типа, средняя степень тяжести (лабильное течение), декомпенсация. Кетоацидотическая кома.

Вирусная инфекция и нерегулярный прием инсулина.

Изменения лабораторных показателей обусловлены кетоацидозом. Сдвиг pH в кислую сторону, лейкоцитоз. Высокий уровень мочевины крови при нормальном креатинине ха-

рактеризует состояние процессов белкового обмена (преобладание процессов катаболизма).

Интенсивная инсулиноterapia в режиме малых доз. Расчет 0,1 ед. инсулина на 1 кг массы тела в час в/в капельно на изотоническом растворе. При снижении уровня гликемии ниже 14 ммоль/л подкожное введение инсулина по 4 ед. в час. Назначение растворов до 4-5 л в сутки, препаратов калия. По показаниям – бикарбонат.

Ответ к задаче № 3. Раздел 6. Эндокринология

У больного наблюдается картина синдрома Сомоджи. Нарушения сна и кошмарные сновидения являются следствием ночных гипогликемий (для компенсации гипогликемии организм повышает уровень контринсулярных гормонов – адреналина, норадреналина, тироксина, кортизола). Повышенный адренергический фон проявляется также тахикардией и артериальной гипертонией.

Нет. Требуется осторожное снижение дозы инсулина.

Нет.

Нет.

Ответ к задаче № 4. Раздел 6. Эндокринология

Диффузный токсический зоб 3 степени по Николаеву, тиреотоксикоз 2 степени. Эндокринная офтальмопатия 2 степени.

Кровь на гормоны Т₃, Т₄, ТТГ; УЗИ щитовидной железы, пункционная биопсия с цитологическим исследованием, при наличии узлов – сканирование.

Назначение тиреостатической терапии – мерказолил (или пропицил, тиамазол), начиная с максимальной дозы – 40-60 мг (8-12 таблеток) в сутки, и поэтапно снижая дозу после фиксации эутиреоидного состояния на каждом этапе. Одновременно с мерказолилом назначить анаприлин и препараты раувольфии. Пациентке целесообразно в терапию включить седативные и снотворные средства. Анаболическую терапию.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы связаны с токсическим воздействием тиреоидных гормонов на сердечную мышцу. «Тиреотоксическое сердце» имитирует митральную недостаточность. С достижением эутиреоидного состояния аускультативная «картина» со стороны сердца значительно изменится.

Ответ к задаче № 5. Раздел 6. Эндокринология

Острый гнойный тиреоидит.

Установление диагноза, перевод в хирургическое отделение. Необходимо назначить антибактериальную и детоксикационную терапию. Оперативное лечение проводится в хирургических, стоматологических и ЛОР отделениях. Вскрытие абсцесса, дренирование и дальнейшая тактика как при любом гнойном образовании.

Ответ к задаче № 6. Раздел 6. Эндокринология

Болезнь Иценко-Кушинга.

Калий, натрий в плазме и эритроцитах, хлориды плазмы, 17 ОКС в моче, 17 КС в моче. Кортизол, АКТГ в крови. Рентгенография черепа с акцентом на «турецкое седло». КТ и МРТ головного мозга. Состояние глазного дна, периметрия. Проба с дексаметазоном и метопироном. Оксисупраренография. Консультации окулиста и невролога. Проба с дексаметазоном (проба с преднизолоном не проводится).

Симптоматическая терапия. Подготовка к оперативному лечению.

Ответ к задаче № 7. Раздел 6. Эндокринология

У больной нельзя исключить первичный гиперпаратиреоз.

Необходимо исследование фосфорно-кальциевого обмена с неоднократным определением фосфора и кальция в крови и моче, определение паратгормона в крови. Рентгеновское обследование скелета: снимки черепа, кистей рук, грудного и поясничного отдела позвоночника, костей таза, костей голени. УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, компьютерная томография надпочечников, гипофиза, поджелудочной железы, Ожидаемые изменения кальциевого обмена: гиперкальциемия, гипофосфатемия, кальцийурия. При костной форме – увеличение щелочной фосфатазы. При положительной пробе с преднизолоном на фоне 5-дневного приема 30 мг преднизолона гиперкальциемия не уменьшается. Увеличивается уровень паратгормона в крови ($N = 0,15-0,6$ нмоль/л). Рентгенологические (при костной форме) – кистозная перестройка костей, кисты вблизи эпифизов, субпериостальная резорбция, рассасывание замыкательных пластинок ногтевых фаланг, акромиальных отростков ключиц, остеопороз, просовидная зернистость костей.

Ответ к задаче № 8. Раздел 6. Эндокринология

Первичная гиперпролактинемия (наиболее вероятная причина – микропролактинома). Гиперпролактинемический гипогонадизм. Бесплодие.

Метаклопрамид – антагонист дофамина центрального действия. Оказывает стимулирующее влияние на секрецию пролактина. Препарат в дозе 10 мг вводят внутривенно и берут кровь на 15, 30, 60 и 120 минутах. У здорового человека максимальная секреция превышает исходную в 10-15 раз. Однако проблема не включена в МЭС.

У данной пациентки ответ на пробу отрицательный, что подтверждает опухолевую природу процесса.

Лечение назначено правильно, но, учитывая плохую переносимость препарата пациенткой и трудности в подборе лечебной дозы можно перевести ее на другие лекарственные препараты с подобным действием. Абергин – агонист дофамина, стимулирует дофаминовые рецепторы в гипоталамусе. Норпролак (квинаголид) – неэрголиновый дофаминомиметик. Достинекс (каберголин) – стимулирует D₂ – рецепторы.

Ответ к задаче № 9. Раздел 6. Эндокринология

Аденома гипофиза. Акромегалия.

Диастема – расширение межзубных промежутков. Прогнатизм – выступание нижней части лица.

холестерин – 3,3 – 5,7 ммоль/л; бета-липопротеиды – 3,5 – 5,5 г/л; триглицериды – 0,55 – 2,3 ммоль/л. Соматотропный гормон является физиологическим антагонистом инсулина и в условиях гиперпродукции блокирует инсулиновые рецепторы на поверхности клеток, что приводит к метаболическим нарушениям со стороны углеводного, а позже и липидного обмена.

Учитывая умеренное увеличение уровня СТГ, медленное развитие симптомов акромегалии может быть назначен сеанс протонотерапии (синхротрон ИТЭФ) в суммарной дозе 5000-6000 рад. + парлодел в дозе от 5 до 10 мг/сут.

Ответ к задаче № 10. Раздел 6. Эндокринология

Синдром Иценко-Кушинга (автономная функция коры надпочечников).

Большая проба с дексаметазоном (проба Лиддла) проводится в 2-х вариантах. Пациент принимает либо 8 мг дексаметазона однократно, либо в течение суток по 2 мг каждые 6 часов. Через сутки оценивают уровень кортизола в крови и суточную экскрецию кортизола с мочой (или ОКС). При болезни Иценко-Кушинга уровень кортизола понижается на 50% и более от исходного, при синдроме Иценко-Кушинга продукция гормонов не зависит от гипоталамо-гипофизарных отношений и не изменяется.

Рекомендовать правостороннюю адреналэктомию.

Ответ к задаче № 11. Раздел 6. Эндокринология

Подострый тиреоидит, фульминантная форма, тиреотоксическая стадия. Вирусной природы.

Тест нулевого захвата является дифференциально-диагностическим тестом для подтверждения диагноза подострого тиреоидита и исключения диффузного токсического зоба. Высокий уровень гормонов в крови обусловлен механической деструкцией фолликулов с выбросом в кровь большого количества гормонов. Также деструкцией щитовидной железы объясняется прекращение захвата йода из крови поврежденными тиреоцитами.

Глюкокортикоиды до исчезновения признаков болевого синдрома. Неспецифические противовоспалительные средства.

Ответ к задаче № 12. Раздел 6. Эндокринология

Подострый тиреоидит у пациентки перешел в третью стадию – гипотиреоидную. Большинство симптомов обусловлено гипотиреозом. Больничный лист пациентам выдается не менее, чем на 4 месяца. Мнимое благополучие переходной стадии пациентка расценила как быстрое выздоровление.

Необходимо назначить УЗИ щитовидной железы, кровь на гормоны, определение титра анти тиреоидных антител.

Провести заместительную терапию L-тироксином, начиная с минимальной дозы – 25мг.

Ответ к задаче № 13. Раздел 6. Эндокринология

Подростковый врач установил диагноз неправильно, но поступил тактически верно, направив пациента к эндокринологу. Причина ошибки врача – недооценка данных костного возраста. При задержке физического и полового развития разница между костным и паспортным возрастом не может превышать 2 лет.

Первичный (гипергонадотропный) гипогонадизм – синдром Клайнфельтера. Встречается у 1 из 500 мальчиков. Классический вариант синдрома с кариотипом 47,XXY, но возможны и другие кариотипы и мозаицизм. Степень выраженности гипогонадизма также довольно вариабельна. Возможен совершенно нормальный фенотип и подробное обследование начинают по причине бесплодия. В данном случае имеет место классическая картина первичного гипогонадизма: евнухоидизм, гипогенитализм и гинекомастия. Дополнительно диагноз подтверждается изменениями в психике и поведении. В лабораторных показателях – высокие уровни ЛГ и ФСГ при низком тестостероне.

Пациенты с гипогонадизмом освобождаются от службы в армии.

Данному пациенту требуется постоянная заместительная терапия препаратами тестостерона: тестостерона пропионат 1% или 5% в/м 1 раз в 3 недели; тестостерона ундеканоат per os по 40 мг 3 раза в день; тестостерона энантат – 20% 1 мл 1 раз в 2 недели и т.д.

Ответ к задаче № 14. Раздел 6. Эндокринология

Задержка физического и полового развития. Признаки пубертата имеются. Показатели гормонов в пределах нормальных значений. Костный возраст отстает от паспортного на 1-1,5 года.

Причина – бронхиальная астма, развившаяся в детском возрасте (хроническая гипоксия). Молодой человек нуждается в психологической поддержке. Медикаментозное лечение требуется не всегда, но в данном случае пациента активно беспокоит задержка роста и полового развития. Следует назначить анаболический стероид оксандролон внутрь по 2,5 мг на ночь в течение 3-4 месяцев. Курс можно повторить до 3 раз с интервалами не менее 3 месяцев. Для стимуляции роста полового члена и развития лобкового оволосения назначают тестостерона энантат 100 мг в/м 1 раз в месяц на 3-4 месяца. Обычно после такого курса в течение года начинается половое развитие.

Ответ к задаче № 15. Раздел 6. Эндокринология

По результатам обследований нельзя исключить токсическую аденому правой доли щитовидной железы или узловой токсический зоб. Тиреотоксикоз может быть связан с приемом L-тироксина.

Пациентке предложено оперативное лечение с предоперационной подготовкой в эндокринологическом отделении.

Ответ к задаче № 16. Раздел 6. Эндокринология

1. На основании нижеуказанных данных был сформулирован клинический диагноз: "Ревматизм неактивная фаза, митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Пароксизмальная мерцательная аритмия. Гемодинамическая мягкая АГ. ХСН 2Б-3. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз средней степени тяжести, декомпенсация.

2. Было решено отменить амиодарон, а для профилактики пароксизмов мерцательной аритмии назначить соталекс в суточной дозе 160 мг. К лечению также добавлены L-тироксин 75 мкг/сут, аспирин 125 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут.

Ответ к задаче № 17. Раздел 6. Эндокринология

Подострый тиреоидит де Кервена. Диагноз ЛОР – врача: Обострение хронического фарингита поставлен неправильно, т.к. у больной не было кашля, першения, болей в горле, изменения голоса, антибиотикотерапия не дала улучшения в состоянии больной.

Преднизолон должен быть назначен в\в по 30 мг утром до нормализации СОЭ, т.к. больная страдает эрозивным гастритом. Поэтому в лечении надо добавить антациды и блокаторы H₂-рецепторов.

Ответ к задаче № 18. Раздел 6. Эндокринология

Диагноз подострый тиреоидит.

Назначено лечение по месту жительства, больная не трудоспособна. Избегать переохлаждений, сквозняков, сухое тепло на шею. Медикаментозное лечение: преднизолон 5 мг 6 таблеток утром. Контроль полного анализа крови 1 раз в неделю. Прием преднизолона в дозе 30 мг не менее 4 недель с последующим постепенным уменьшением дозы 1 раз в 7 дней на 5 мг под контролем СОЭ и самочувствия. Контрольный осмотр через 4 недели.

Ответ к задаче № 19. Раздел 6. Эндокринология

Предварительный диагноз – гиперпаратиреоз, острый пиелонефрит;

Дополнительно в плане обследования провести УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез; определение паратгормона. УЗИ почек. Рентгенография костей голени.

На УЗИ паращит. желез – выраженная гиперплазия,

Паратгормон – 89 мкг/л,

УЗИ почек – признаки мочекаменной болезни (панцирные почки),

Рентгенография костей голени – выраженный остеопороз 2-3 ст.

Хирургическое лечение: удаление паращитовидных желез.

Ответ к задаче № 20. Раздел 6. Эндокринология

1. Выраженная жажда до 5 л/сут – не может быть обусловлена только нарушением толерантности к глюкозе. Учитывая, ЧМТ в анамнезе и удельный вес мочи 1001, предварительный диагноз: Несахарный диабет, центрального генеза? Нарушение толерантности к глюкозе на фоне ожирения 1 ст. по ВОЗ (ИМТ= 32) алиментарно-конституционального генеза.

2. Для подтверждения несахарного диабета необходимо провести пробу Зимницкого с ограничением потребления жидкости до 1.5 л/сут. Если во всех порциях определяется гипостенурия – подтверждение диагноза. Так же исследуются На крови, поля зрения, рентгенография черепа.

3. Диета с ограничением простых углеводов и жиров, питание дробное, 5-6 разовое, гипокалорийное. Дозированные физические нагрузки. Препараты группы бигуанидов (формин,

сиофор) – под контролем АЛТ, АСТ. Менирин 0.2 по 2т в сутки, под контролем удельного веса мочи.

Ответ к задаче № 21. Раздел 6. Эндокринология

Предварительный диагноз: Гиперпаратиреоз.

Дополнительные исследования: определение уровня паратгормона в крови, УЗИ щитовидной железы.

Данные исследований: паратгормон – 9 нг/мл

УЗИ паращитовидных желез.: По заднему контуру правой доли визуализируется очаговое образование, несвязанное с щитовидной железой. Не исключена паратиреоаденома.

7. Лечение: оперативное - удаление аденомы паращитовидной железы.

Ответ к задаче № 22. Раздел 6. Эндокринология

Аутоиммунный тиреодит, атрофическая форма. Первичный гипотиреоз.

Заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Ответ к задаче № 23. Раздел 6. Эндокринология

АИТ, диффузная форма. Первичный гипотиреоз.

Рентгенография черепа, анализ крови на ЛГ и ФСГ, эстрадиол, прогестерон.

Заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Ответ к задаче № 24. Раздел 6. Эндокринология

Первичная надпочечная недостаточность, средней степени тяжести.

ДД необходимо провести с АИТ, синдромом Шмидта, с болезнями, характеризующиеся явлениями пигментации кожных покровов: гемохроматоз, новообразование, отравление солями тяжелых металлов.

Ответ к задаче № 1. Раздел 7. Гематология

1. Апластическая анемия. Обоснование: выраженный анемический синдром; геморрагический синдром; отсутствие спленомегалии; панцитопения в периферической крови со снижением числа ретикулоцитов; отсутствие бластных клеток в крови и повышения их числа в костном мозге; снижение числа миелокариоцитов и мегакариоцитов в костном мозге.

2. Трепанобиопсия крыла подвздошной кости с гистологическим исследованием костного мозга, содержание фалатов и кобаламинов (витамин В12) в крови, исследование кариотипа клеток костного мозга.

3. Нарушением вызревания клеток всех трех ростков вследствие костно-мозговой недостаточности.

4. Спленэктомия, иммуносупрессивная терапия (антилимфоцитарный глобулин, циклоспорин А), лимфоцитоз, компонентная гемотерапия (эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами - ЭМОЛТ, тромбоконцентрат, свежзамороженная плазма), колониестимулирующий фактор (нейпоген), гемостатические средства (дицинон, этамзилат натрия, препараты НовоСэвен, антитромбин III).

Ответ к задаче № 2. Раздел 7. Гематология

1. Хронический лимфоцитарный лейкоз, IV стадия. Обоснование диагноза: выраженная лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, абсолютный лимфоцитоз в крови и костном мозге, клетки лейколиза (Гумпрехта-Боткина).

2. Аутоиммунная гемолитическая анемия с неполными тепловыми агглютинидами. Аутоиммунная тромбоцитопения. Вторичный иммунодефицит. Обоснование: анемический синдром, желтушный синдром, положительная прямая проба Кумбса, снижение иммуноглобулинов класса А и G, гипербилирубинемия за счет непрямой фракции.
3. Из-за срыва иммунологической толерантности и снижения иммунитета возможны различные гнойно-септические осложнения и развитие второй опухоли.
4. Полихимиотерапия по схемам COP (циклофосфан, онковин, преднизолон), CNOP (циклофосфан, адриамицин, винкристин, преднизолон) или FC (флударабин, циклофосфан), FCR (флударабин, циклофосфан, ритуксимаб). Переливание эритроцитарной массы, обогащенной лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ) или других эритроцитсодержащих сред (с индивидуальным подбором пары реципиент-донор, внутривенные иммуноглобулины (биавен, октагам)).

Ответ к задаче № 3. Раздел 7. Гематология

1. Острый лимфобластный лейкоз, первая острая (развернутая) стадия, лейкемическая фаза. Обоснование диагноза: в крови и костном мозге значительное число бластных клеток. Отсутствие в бластах миелопероксидазы, липидов и наличие глыбок гликогена характеризует их принадлежность к лимфобластам.
2. Иммунофенотипирование и цитогенетическое исследование бластных клеток.
3. Тромбоцитопенией и, возможно, патологией коагуляционного звена гемостаза.
4. Терапия по программам лечения острых лимфобластных лейкозов. Профилактика нейтропении с интравенозным введением метотрексата, цитозара, преднизолона или дексаметазона. Вспомогательная терапия: антибиотики, компоненты крови (эритроцитарная масса, тромбоконцентрат, свежезамороженная плазма), колониестимулирующие факторы, иммуноглобулины, селективная деконтаминация (стерилизация) кишечника (ципрофлоксацин, бисептол).
5. Возможны длительная стойкая ремиссия и выздоровление.

Ответ к задаче № 4. Раздел 7. Гематология

1. Синдромы: лимфопролиферативный (лимфоаденопатия, гепато-спленомегалия, абсолютный лимфоцитоз крови); лейкозной интоксикации (общая слабость, потливость), анемический (бледность кожи, слабость, снижение числа эритроцитов, гемоглобина); желтушный (иктеричность кожи, гипербилирубинемия, уробилинурия); тромбоцитопения.
2. Хронический лимфоцитарный лейкоз IV стадии, осложненный аутоиммунной гемолитической анемией и тромбоцитопенией.
3. Утяжеление состояния связано с опухолевой прогрессией (нарастание массы опухоли, о чем свидетельствуют более выраженная лимфоаденопатия, гепато-спленомегалия, лейкоцитоз крови, подавление эритроцитарного и тромбоцитарного ростков гемопоэза, неэффективность монотерапии хлорбутином).
4. Изменить тактику лечения, монохимиотерапию заменить на полихимиотерапию.

Ответ к задаче № 5. Раздел 7. Гематология

1. Лимфогранулематоз II Б стадии, нодулярный склероз с поражением шейных, над- и подключичных лимфоузлов слева, аксиллярных и средостения.
2. Лимфоаденопатия периферических лимфоузлов, рентгенография грудной клетки – расширение тени средостения, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение ЛДГ и фибриногена. Гистология – лимфоидный инфильтрат с клетками типа Березовского – Штернберга и Ходжкина.
3. Иммуногистохимическое исследование клеток биоптата, УЗИ органов брюшной полости, лимфоузлов. КТ органов брюшной полости.
4. Комбинированное (химио-лучевое) лечение. Возможно полное выздоровление.

Ответ к задаче № 6. Раздел 7. Гематология

Хронический лимфолейкоз, III стадия. Опухолевая форма.

Лимфоаденопатия всех групп периферических лимфоузлов, средостения, внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов. Гепатомегалия. Спленомегалия. В периферической крови: абсолютный лимфоцитоз, анемия, клетки Гумпрехта-Боткина.

Миелограмма (пунктат костного мозга должен быть клеточный, мономорфный, представленный лимфоцитами и пролимфоцитами, много разрушенных клеток Гумпрехта-Боткина). Биопсия лимфоузла с гистологическим и иммуногистохимическими исследованиями.

Общая слабость, кожный зуд – признаки опухолевой интоксикации, боли в животе, возможно, связаны со сдавлением петель кишечника конгломератом увеличенных лимфоузлов.

Дифференцировать с другими формами с неходжкинских лимфом.

Ответ к задаче № 7. Раздел 7. Гематология

Гетерозиготная β -талассемия, промежуточная форма.

Дифференцировать с железодефицитной анемией.

Исследовать ферритин сыворотки крови, электрофорез гемоглобина

Направить на консультацию к гематологу, не назначая предварительно препараты железа, которые в данной ситуации противопоказаны.

Ответ к задаче № 8. Раздел 7. Гематология

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия, легкой степени тяжести. Обоснование: геморрагический синдром по петехиально-пятнистому типу, тромбоцитопения, удлинение времени кровотечения, раздражение мегакариоцитарного ростка костного мозга. Гипохромно-микроцитарная анемия, сидеропенический синдром (есть мел, расслаивание и поперечная исчерченность ногтей, повышенное выпадение волос).

Следует исключить системную красную волчанку и другие коллагенозы, диффузные заболевания печени, включая вирусной этиологии, апластическую анемию, трепанобиопсия костного мозга

В ходе дифференциации сделать печеночные пробы, исследовать маркеры вирусного гепатита, антиромбоцитарные антитела, ЦИК, титр комплемента, ревматоидный фактор, «волчаночные» клетки, иммуноглобулины, ВИТ-лимфоциты, показатели обмена железа (СЖ, ОЖСС, КНТ, ферритин крови).

При исследовании обмена железа могут быть выявлены снижение концентрации железа и ферритина в крови, величины КНТ, повышение ОЖСС.

Тактика лечения: иммуносупрессивная терапия (глюкокортикоиды, внутривенный иммуноглобулин, анти-Д иммуноглобулин, интерферон-альфа, даназол, цитостатики), спленэктомия. Препараты железа внутрь. Переливание тромбоконцентрата не показано.

Ответ к задаче № 9. Раздел 7. Гематология

Ведущие синдромы: анемический; мочевого (протеинурия); почечной недостаточности; болевой; белковой патологии. Диагноз: множественная миелома Бенс-Джонса IIIБ стадии. Миеломная нефропатия. Хроническая почечная недостаточность.

Иммунофенотипирование «миеломных» (плазматических) клеток костного мозга (выявление высокой экспрессии СД 138 (+++), СД 38 (+++), отсутствие экспрессии СД 19, СД 40 ($\pm$), высокая или слабая экспрессия СД 56, СД 28 (+)). Иммунограмма (снижение в крови уровня всех классов нормальных иммуноглобулинов (А, М, G)), рентгенография костей скелета (черепа, грудной клетки, тазовых костей, верхней трети бедренных и плечевых костей с наличием в них остеопороза, остеодеструкции). Определение содержания Са и К в крови, исследование функции почек (проба Реберга).

Патогенез костных поражений: повреждающее действие остеокластактивирующего фактора, вырабатываемого опухолевыми клетками.

Частые осложнения: инфекционно-воспалительные, патологические переломы костей, ХПН, амилоидоз, синдром сдавления спинного мозга.

Цитостатическая химиотерапия, локальное облучение опухолевых очагов, лечение и профилактика инфекционных осложнений, почечной недостаточности, патологических переломов костей, заместительная терапия компонентами крови.

Ответ к задаче № 10. Раздел 7. Гематология

Множественная миелома G, IA стадия. Болевой синдром в костях, моноклональный парапротеин в крови класса G, в костном мозге повышено количество плазматических клеток (10,5%). В крови анемия (107 г/л), увеличение СОЭ, нормальный уровень Са и креатинина.

Дополнительно провести: иммунофенотипирование опухолевых клеток мозга, рентгенография костей скелета, определение β_2 –микроглобулина в моче.

При рентгенографии - остеопороз и/или остеодеструкция, преимущественно в плоских костях скелета.

Стандартная химиотерапия (мелфалан+преднизолон).

Прогноз серьезный. Возможна ремиссия болезни. Полного излечения современные методы химиотерапии не обеспечивают.

Ответ к задаче № 11. Раздел 7. Гематология

Гемофилия. Острый гемартроз левого тазобедренного сустава. Почечное кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия. Обоснование: геморрагический синдром по гематомному типу; анемический синдром; удлинение времени свертывания крови в АЧТВ-тесте при нормальном тромбиновом и протромбиновом времени.

Причина и патогенез геморрагий – дефицит фактора VIII или IX.

Лейкемоидная реакция - ответ на острое кровотечение.

Заместительная терапия концентратами недостающих факторов VIII или IX в сочетании с глюкокортикоидами (почечное кровотечение). Анальгетики. Ранняя аспирация (в ближайшие часы) излившейся в сустав крови с введением в полость сустава 40 мг гидрокортизона. Временная (не более чем на 3-5 дней) иммобилизация пораженной нижней конечности в физиологическом положении, обогревание пораженного сустава. С 5-го дня разгрузка сустава (ЛФК), физиотерапия (электрофорез гидрокортизона, с лидазой и др.)

Ответ к задаче № 12. Раздел 7. Гематология

Болезнь Виллебранда. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия, II степени тяжести.

Аутосомно-доминантное наследование; микроциркуляторный тип кровоточивости; увеличение времени кровотечения; снижение адгезии и ристомин-агрегации тромбоцитов; умеренная гипокоагуляция в АЧТВ-тесте; гипохромно-микроцитарная анемия; нормальное число ретикулоцитов; снижены концентрация железа в сыворотке крови и насыщение трансферина железом, повышение величины ОЖСС.

Исследование уровня и активности фактора Виллебранда в крови.

Кровоточивость обусловлена вторичной дисфункцией тромбоцитов вследствие снижения активности фактора Виллебранда в крови.

Принципы гемостатической терапии: Е-аминокапроновая кислота, десмопрессин (за исключением болезни Виллебранда III или IV типа), концентраты фактора VIII, содержащие фактор Виллебранда (иммунат, гемоктин СДТ, Вилате, октанат, криопреципитат).

Ответ к задаче № 13. Раздел 7. Гематология

Острый миелобластный недифференцированный лейкоз (Mg-вариант по FAB классификации), первая острая развернутая стадия. Обоснование: большой процент бластных клеток в крови и костном мозге, отсутствие эозинофильно-базофильной ассоциации, и наличие лейкемического «провала» в крови. Отрицательные цитохимические реакции бластных клеток на пероксидазу, липиды и гликоген при СД 33, СД 117 и СД 34 позитивном иммунофенотипе подтверждают Mg-вариант острого миелобластного лейкоза.

Полихимиотерапия по программам лечения острых миелобластных лейкозов: цитозар + антрациклиновые антибиотики (рубомидин, митоксантраны и др.) Вспомогательная терапия: антибиотики, колониестимулирующие факторы, компоненты крови (эритроцитная масса, тромбоконцентрат, свежезамороженная плазма), противогрибковые препараты.

Нетрудоспособна. Направить для освидетельствования на МСЭК.

Прогноз в целом серьезный. При проведении интенсивных программ лечения возможна ремиссия и достижение длительной безрецидивной выживаемости (выздоровление).

Ответ к задаче № 14. Раздел 7. Гематология

B12 – дефицитная анемия, средней тяжести. Обоснование: макроцитарно-гиперхромная, гипорегенераторная анемия с мегалобластическими изменениями в костном мозге и крови; желтушный синдром (субиктеричность кожи и слизистых, гипербилирубинемия за счет не прямой фракции, уробилинурия).

Дифференцировать с фолиеводефицитной анемией, мегалобластной анемией при злокачественных новообразованиях.

Определить содержание витамина B12 в сыворотке крови и эритроцитах (должно быть снижено), содержание фолатов в сыворотке крови (должно быть в норме) и эритроцитах (должно быть снижено). Показатели обмена железа (железо и ферритин в крови в норме или повышены, ОЖСС и КНТ в норме или снижены). УЗИ печени и щитовидной железы (размеры и структура органов). Консультация невролога (для выявления фуникулярного миелоза). Кал на яйца глистов (исключить дифиллоботриоз). Колоноскопия (исключить опухоли, дивертикулез). Гормоны щитовидной железы (ТТГ - возможно повышение, Т3 и Т4 – возможно снижение уровня, антитела к тиреоглобулину, тиреопероксидазе).

Атрофический гастрит с отсутствием или снижением секреции внутреннего фактора, возможно, вследствие образования антител против этого белка или обкладочных клеток слизистой. С образованием антител может быть связано и аутоиммунное поражение щитовидной железы.

Желтушный синдром объясняется не прямой гипербилирубинемией вследствие внутрикостно-мозгового гемолиза мегалобластов (неэффективный эритропоэз).

Цианкобаламин парентерально, а переливание эритроцитов только по жизненным показаниям.

Ответ к задаче № 15. Раздел 7. Гематология

Лимфогранулематоз III Б ст., нодулярный склероз. Обоснование: интоксикация (лихорадка, потливость, кожный зуд), лимфоаденопатия периферических и висцеральных лимфоузлов, спленомегалия, клетки Березовского-Штерн в гистологическом субстрате.

Трепанобиопсия костного мозга, иммуногистохимическое исследование биоптата лимфатического узла.

Заболевание дифференцируется с лимфосаркомами.

Проводят курсы полихимиотерапии с последующим облучением всех основных групп лимфоузлов по обе стороны диафрагмы. Прогноз в I-II стадиях благоприятный, общая 10-летняя выживаемость - более 80 %. В продвинутых стадиях прогноз менее благоприятный.

Миелотоксический агранулоцитоз (ангины, пневмонии, некротическая энтеропатия), тромбоцитопения (развитие геморрагического синдрома), гепатит, эпилепсия.

Ответ к задаче № 16. Раздел 7. Гематология

1. Болезнь Гоше, I тип, хроническое течение. Обоснование - поражение органов кроветворения (гепатомегалия, спленомегалия, лимфаденопатия, панцитопения в периферической крови, поражение костей, клетки Гоше в костном мозге, тканях удаленной селезенки), дебют заболевания в детском возрасте, отсутствие неврологических проявлений.
2. Исследование в лейкоцитах крови активности кислой β -глюкоцеребброзидазы (β -Д-глюкозидаза).
3. Механическое замещение и нарушение нормальной структуры тканей клетками Гоше, а также продукцией активированными макрофагами провоспалительных цитокинов (IL-1, 6, TNF-альфа), цитотоксических медиаторов (активные формы кислорода) и прокоагулянтов (тромбопластин).
4. Заместительная терапия рекомбинантными формами фермента β -глюкоцеребброзидазы (церезим), спленэктомия, паллиативное облучение деструкций костей для купирования оссалгий, при тяжелом течении и неэффективности лечения – трансплантация костного мозга.

Ответ к задаче № 17. Раздел 7. Гематология

1. Множественная миелома.
 2. Электрофорез белков сыворотки крови и определение содержания белка в М-компоненте. Анализ мочи на белок Бенс — Джонса. Пункция костного мозга. Рентгенография всех костей скелета, кроме дистальных отделов конечностей (от середины плеча до кисти и от середины бедра до стопы, если нет клинических признаков поражения костей в этих областях).
 3. Плазмоклеточная инфильтрация костного мозга (плазмочитов должно быть более 10%) и моноклональная Ig-патия (сывороточный М-компонент и/или белок Бенс-Джонса в моче).
- К гематологу.
- Цитостатические средства (химиопрепараты, глюкокортикостероиды, лучевое лечение), кортикостероидные гормоны, ортопедические приемы, при необходимости - хирургические восстановительные операции, всем - лечебную физкультуру, а также комплекс мер, устраняющих или предупреждающих метаболические нарушения и проявления вторичного иммунодефицита.

Ответ к задаче № 18. Раздел 7. Гематология

Общеанемический (выраженная общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение памяти и трудоспособности, периодический шум в ушах, головокружение, сердцебиение, одышка при незначительной физической нагрузке); бледность кожи; приглушение I тона, систолический шум на верхушке сердца; сидеропенический (сухость кожных покровов и слизистых ротовой полости, незначительная иктеричность носогубного треугольника и ладоней, поперечная исчерченность ногтевых пластинок, их расслаивание, «полированный» язык, желание есть мел и зубную пасту); гематологический (гипохромная микроцитарная норморегенераторная анемия).

Железодефицитная анемия средней степени тяжести (гемоглобин 81 г/л).

Ферритин, трансферрин в сыворотке крови. Для уточнения причины анемии: а) кал на яйца глистов; б) скрытая кровь в кале; в) фиброгастроудоденоскопия, ирригоскопия, ректороманоскопия (по показателям – колоноскопия); г) ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Сидероахрестические:

- Анемии, связанные с нарушением синтеза или утилизации порфиринов (наследственные и приобретенные при свинцовой интоксикации, дефиците витамина В6 и лечение противотуберкулезными препаратами (тубазид, ПАСК).

- Гемоглобинопатии (талассемии).
 - Железоперераспределительные: анемии при различных воспалительных заболеваниях как инфекционного, так и неинфекционного происхождения, а также при опухолевых процессах, когда железо не реутилизируется и депонируется в клетках печени, костном мозге, селезенке. При этом истинного дефицита железа нет. Критерии железоперераспределительных анемий:
 - умеренно гипохромный характер анемии;
 - умеренное снижение содержания железа в сыворотке крови;
 - нормальная или сниженная общая железосвязывающая способность сыворотки крови;
 - повышение содержания ферритина в сыворотке;
 - снижение количества сидеробластов в костном мозге; повышение железа в макрофагах костного мозга (гемосидерин)
 - клиничко-лабораторные признаки активного процесса (воспалительного, опухолевого);
 - отсутствие эффекта от препаратов железа (принимать его в этой ситуации не следует).
5. Выявив причины развития железодефицитной анемии, устраняют, по-возможности, этиологический фактор и назначают препараты железа внутрь в суточной дозе от 100 до 200 мг на фоне сбалансированной, богатой белком, витаминами и железом диеты. Обязательно проконтролировать ретикулоцитарный криз на 6-13 день от начала лечения. При достижении нормальных показателей красной крови лечение продолжить еще в течение 2-3 месяцев (под контролем ферритина в сыворотке крови) в суточной дозе в 2-3 раза меньше той, с помощью которой достигается нормализация гемоглобина. Решить вопрос в противорецидивной терапии железодефицитной анемии.

3. ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ В РАМКАХ КВАЛИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ТЕРАПИЯ"

Раздел 1. Гастроэнтерология

- 1.1. Гастроэзофагельнорефлюксная болезнь. Этиология. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Внепищеводные проявления. Лечение.
- 1.2. Синдром дисфагии. Клиника. Дифференциальный диагноз. Коррекция.
- 1.3. Хронический абдоминальный болевой синдром. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения больных.
- 1.4. Характеристика заболеваний, сопровождающихся острой абдоминальной болью. Дифференциальный диагноз и тактика врача-терапевта на догоспитальном этапе.
- 1.5. Функциональная диспепсия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 1.6. Хронический гастрит. Современные классификации. Диагностика. Дифференцированное лечение в зависимости от наличия *H. pylori*, pH желудочного сока.
- 1.7. Острые и хронические эрозии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения и лечения больных.
- 1.8. Язвенная болезнь. Классификация. Современные подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Осложнения язвенной болезни

- 1.9. Болезни оперированного желудка. Клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение постгастрорезекционных расстройств.
- 1.10. Дуоденостаз. Клиника. Диагностика. Патогенетическая терапия.
- 1.11. Дифференциальный диагноз патологии желчевыводящей системы: дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь
- 1.12. Хронический холецистит. Классификация. Диагностика и лечение некалькулезного и калькулезного холецистита в условиях поликлиники и терапевтического стационара.
- 1.13. Постхолецистэктомический синдром. Этиология. Тактика ведения больных в условиях поликлиники и стационара. Дисфункция сфинктера Одди. Профилактика ПХЭС в послеоперационном периоде.
- 1.14. Желтухи. Патогенетическая классификация. Диагностический поиск. Дифференциальный диагноз.
- 1.15. Хронические гепатиты. Классификация (Лос-Анджелес, 1994). Клинико-лабораторные синдромы. Лечение. Прогностические критерии.
- 1.16. Алкогольная болезнь печени. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 1.17. Цирроз печени. Классификация. Клинико-лабораторные синдромы.
- 1.18. Лечение больных циррозом печени в стационарных и поликлинических условиях.
- 1.19. Клинико-лабораторный синдром печеночно-клеточной недостаточности. Классификация по Чайлд-Пью (у больных циррозом печени). Стадии и лечение печеночной энцефалопатии.
- 1.20. Неотложные состояния у больных хроническими гепатитами и циррозом печени. Спонтанный бактериальный перитонит. Асцит. Гепаторенальный синдром. Неотложная терапия. Профилактика.
- 1.21. Хронический панкреатит. Патогенез. Классификация. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение.
- 1.22. Клинико-морфологические формы хронического панкреатита. Современные подходы к терапии. Показания к оперативному лечению.
- 1.23. Синдром раздраженного кишечника. Этиология. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 1.24. Хронический энтерит. Классификация. Клинические проявления. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение.
- 1.25. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 1.26. Болезнь Крона. Этиология. Дифференциальная диагностика. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Тактика терапевта в послеоперационном периоде.

- 1.27. Полипоз желудочно-кишечного тракта. Осложнения. Тактика ведения и лечения больных. Показания к оперативному лечению.
- 1.28. Дивертикулез желудочно-кишечного тракта. Осложнения. Тактика ведения и лечения больных. Показания к оперативному лечению.
- 1.29. Ишемическая болезнь органов пищеварения. Диагностика. Лечение.

Раздел 2. Гематология и трансфузиология

- 2.1. Анемия. Определение. Патогенетическая классификация. Клиническое значение эритроцитарных индексов. Алгоритм обследования больных анемией.
- 2.2. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия. Распространенность. Этиология и патогенез. Лабораторные показатели основных метаболических фондов железа. Лечение. Показания для парентерального назначения препаратов железа и трансфузий эритроцитов. Прогноз.
- 2.3. Железодефицитная анемия у беременных. Патогенез. Диагностика. Тактика ведения беременных с анемией.
- 2.4. Апластические анемии. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы лечения.
- 2.5. Гемолитические анемии. Классификация. Виды гемолиза, их клинико-лабораторная характеристика. Неотложная терапия при гемолитическом кризе.
- 2.6. В12-дефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Терапия. Профилактика рецидивов В12-дефицитной анемии.
- 2.7. Фолиево-дефицитная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.
- 2.8. Лейкозы острые. Острые миело- и лимфобластные лейкозы. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Тактика терапевта на поликлиническом и стационарном этапах диагностики и при проведении поддерживающей терапии в ремиссии при установленном диагнозе.
- 2.9. Множественная миелома. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика. Тактика терапевта.
- 2.10. Лимфогранулематоз. Патогенез. Критерии диагностики. Клиническая и гистологическая классификация. Принципы терапии. Прогноз. Критерии ремиссии и выздоровления.
- 2.11. Хронический лимфолейкоз. Клинические проявления. Клинико-лабораторная диагностика стадий. Тактика и принципы лечения. Критерии ремиссии.
- 2.12. Хронический миелолейкоз. Клинические проявления. Клинико-лабораторная диагностика стадий. Тактика и принципы лечения. Критерии ремиссии.

- 2.13. Эритремия. Клинические проявления в различных стадиях. Критерии диагностики. Осложнения. Принципы лечения. Показания и противопоказания к кровопусканиям.
- 2.14. Лейкемоидные реакции. Типы (псевдобластные, миелоидные, моноцитарные, лимфоцитарные, реакции двух и трех ростков миелопоэза). Этиология и патогенез. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Тактика терапевта.
- 2.15. Эозинофилии. Этиология, патогенез, клиника, картина крови, осложнения.
- 2.16. Эритроцитозы (абсолютный, относительный). Этиология, патогенез, клиника, картина крови, осложнения. Методы коррекции, прогноз.
- 2.17. Тромбоцитозы. Этиология, патогенез, клиника, картина крови, осложнения. Методы коррекции, прогноз.
- 2.18. Агранулоцитозы и гранулоцитопения. Виды агранулоцитозов. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Осложнения. Лечение. Профилактика рецидивов агранулоцитоза.
- 2.19. Геморрагические диатезы. Типы кровоточивости. Клинические ориентиры в распознавании геморрагических диатезов. Выбор адекватных лабораторных диагностических тестов. Тактика терапевта в условиях поликлиники и стационара. Неотложная помощь при кровотечениях.
- 2.20. ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Формы ДВС-синдрома. Клинические и лабораторные принципы диагностики его стадий. Лечебная тактика при гипер- и гипокоагуляции. Профилактика.
- 2.21. Гемофилия. Клинико-лабораторный диагноз. Неотложная помощь при кровотечениях.
- 2.22. Болезнь Виллебранда. Основные типы. Клинико-лабораторный диагноз. Неотложная помощь при кровотечениях.
- 2.23. Аутоиммунная тромбоцитопения. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторный диагноз. Неотложная помощь.
- 2.24. Геморрагический васкулит. Этиология и патогенез. Клинические формы. Клинико-лабораторная диагностика. Профилактика. Лечение.
- 2.25. Болезнь Рандю-Ослера. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях.
- 2.26. Показания и противопоказания к переливанию эритроцитсодержащих сред (переносчиков газов крови) в терапевтической практике. Критерии эффективности их переливания (приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г. «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»).

- 2.27. Техника переливания крови. Ведение медицинской документации по переливанию гемотрансфузионных сред (история болезни, журнал переливания крови). Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.2002г. «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»).
- 2.28. Показания и противопоказания к переливанию тромбоцитного концентрата в терапии. Критерии эффективности переливания тромбоконцентрата (приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г. «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»).
- 2.29. Показания и противопоказания к переливанию свежемороженой плазмы и криопреципитата в терапии. Осложнения при переливании свежемороженой плазмы и криопреципитата (приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г. «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»).
- 2.30. Посттрансфузионные осложнения при переливании компонентов крови. Классификация. Острый гемолиз. Анафилактический шок. Бактериальный шок. Клиника. Неотложная помощь. Лечение. Профилактика (приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г. «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»).

Раздел 3. Кардиология

- 3.1. Атеросклероз. Современные теории патогенеза. Классификация дислипидемий по Фредериксону и ее клиническое значение в практике терапевта. Уровни липидов и сердечно-сосудистые риски.
- 3.2. Лечение атеросклероза. Современная классификация и механизм действия гиполипидемических средств. Клинический подход к лечению дислипидемий. Понятие о целевых уровнях липидов.
- 3.3. Внезапная смерть. Критерии диагностики. Неотложная помощь и действия врача на догоспитальном этапе, в условиях приемного отделения и терапевтического стационара.
- 3.4. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Патогенез. Клинические проявления. Тактика ведения на догоспитальном этапе.
- 3.5. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ. Патогенез. Клинические проявления. Классификация нестабильной стенокардии. Дифференциальный диагноз.
- 3.6. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ. Тактика ведения на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации. Ведение в условиях стационара.
- 3.7. Острый инфаркт миокарда. Клинические варианты, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия на догоспитальном этапе.

- 3.8. Осложнения в остром периоде инфаркта миокарда (кардиальные и некардиальные). Острая сердечная недостаточность и отек легких. Критерии диагностики. Неотложная помощь на догоспитальном этапе и в условиях терапевтического стационара.
- 3.9. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда. Патогенез. Критерии диагноза. Неотложная терапия на догоспитальном этапе и в условиях терапевтического стационара.
- 3.10. Физическая, психическая и социальная реабилитация больных инфарктом миокарда на поликлиническом этапе. Вторичная профилактика у лиц, перенесших инфаркт миокарда.
- 3.11. Стабильная стенокардия: понятие, характеристика функциональных классов. Верификация преходящей ишемии миокарда. Тактика ведения больных.
- 3.12. Дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке.
- 3.13. Классификация артериальной гипертонии. Факторы риска. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Вторичные артериальные гипертонии.
- 3.14. Артериальная гипертония. Классификация и механизм действия антигипертензивных препаратов. Рациональная антигипертензивная терапия.
- 3.15. Гипертензивные кризы. Классификация. Осложненные и неосложненные. Патогенез. Острая ишемическая атака мозга. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапе. Показания к госпитализации.
- 3.16. Артериальная гипертония и беременность. Тактика ведения и лечения беременных с артериальной гипертензией. Показания к прерыванию беременности.
- 3.17. Нейроциркуляторная дистония. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Астении. Классификация. Лечение.
- 3.18. Кардиомиопатии. Классификация. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 3.19. Дилатационная кардиомиопатия (первичная и вторичная). Клинико-инструментальная диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению.
- 3.20. Рестриктивная кардиомиопатия. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
- 3.21. Алкогольное поражение сердца. Патогенез. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.
- 3.22. Миоперикардиты. Этиология. Клиника. ЭКГ, ЭХО-кардиографическая, лабораторная диагностика. Лечение.
- 3.23. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Клинико-гемодинамические диагностические критерии. Электрокардиографические, рентгенологические и ЭХО-кардиографические изменения.

- 3.24. Врожденные пороки сердца: незаращение аортального протока, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера. Критерии диагностики. Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению.
- 3.25. Классификация хронической сердечной недостаточности. Патогенез хронической недостаточности кровообращения. Клиника. Методы диагностики.
- 3.26. Современные подходы к терапии хронической сердечной недостаточности в условиях поликлиники и терапевтического стационара.
- 3.27. Острая сердечная недостаточность. Отек легких. Этиология. Механизмы формирования. Клиника. Лечение на догоспитальном этапе и в условиях стационара.
- 3.28. Тромбоэмболия легочной артерии. Клинические особенности форм ТЭЛА. Классификация. Диагностика эмболии основного ствола и ветвей легочной артерии, Дифференциальная диагностика ТЭЛА и инфаркта миокарда. Неотложная помощь.
- 3.29. Острое и хроническое легочное сердце. Диагностика. Подходы к лечению. Профилактика. Критерии диагноза синдрома первичной и вторичной легочной гипертензии.
- 3.30. Инфекционный эндокардит. Классификация. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
- 3.31. Классификация нарушений ритма сердца и проводимости. Патогенетические механизмы аритмического синдрома: нарушение формирования импульса, нарушение проводимости, механизм re-entry.
- 3.32. Современные функциональные методы обследования больных с нарушениями ритма. Информативность. Показания и противопоказания.
- 3.33. Синдром предвозбуждения желудочков. Суправентрикулярная и вентрикулярная экстрасистолия. Классификация. Патогенетические механизмы. Методы диагностики. Современные принципы лечения. Показания к хирургической коррекции.
- 3.34. Критерии диагностики и лечение пароксизмальных тахиаритмий. Неотложная помощь. Показания к хирургической коррекции.
- 3.35. Критерии диагностики и современные принципы терапии постоянной и пароксизмальной форм фибрилляции предсердий. Показания к хирургической коррекции.
- 3.36. Атриовентрикулярные блокады. Классификация. Критерии диагностики. Современные принципы терапии. Показания к имплантации электрокардиостимулятора.
- 3.37. Продольные блокады сердца. Врожденные и приобретенные. Диагностика. Терапия.
- 3.38. Синдром слабости синусового узла. Классификация. Методы диагностики. Показания к хирургической коррекции.

Раздел 4. Нефрология

- 4.1. Клиническая интерпретация мочевого синдрома (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия). Синдромально-нозологический принцип диагностики.
- 4.2. Методы исследования функционального состояния почек (проба Реберга-Тареева, расчетные методы для определения СКФ и КК; оценка способности почек к разведению и концентрации мочи). Клиническая интерпретация данных. Инструментальные методы диагностики.
- 4.3. Нефротический синдром, определение. Основные патогенетические механизмы. Заболевания, протекающие с нефротическим синдромом. Принципы терапии.
- 4.4. Хронический гломерулонефрит. Иммунные и неиммунные составные патогенеза. Клиническая классификация (по Е.М. Тарееву). Морфологическая классификация (по В.В. Серову). Клиника. Диагностика.
- 4.5. Этиологическое, патогенетическое, симптоматическое лечение хронического гломерулонефрита. Санаторно-курортные отбор.
- 4.6. Интерстициальный нефрит (острый, хронический). Этиология, клиника. Лечение. Исходы.
- 4.7. Хронический пиелонефрит. Этиология, патогенез. Классификация. Критерии диагноза. Лечение хронического пиелонефрита. Прогноз. Тактика ведения вне обострения.
- 4.8. Беременность и инфекция мочевыводящих путей. Пиелонефрит беременных.
- 4.9. Диабетическая нефропатия. Патогенетические механизмы. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
- 4.10. Острая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические признаки и периоды. Диагностика. Лечение консервативное и активное (диализные методы).
- 4.11. Хроническая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация клиники Е. М. Тареева. Клинические синдромы. Диагностика.
- 4.12. Консервативная терапия хронической почечной недостаточности. Показания к хроническому гемодиализу.
- 4.13. Хроническая болезнь почек (ХБП) – определение. Классификация. Немодифицированные и модифицированные факторы риска. Первичная и вторичная профилактика ХБП.
- 4.14. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – определение. Эпидемиология, этиология. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные методы диагностики.
- 4.15. Дифференциальный диагноз ГЛПС с первичными болезнями почек (гломерулонефрит, пиелонефрит) и другими инфекционными заболеваниями (ОРВИ, грипп, клещевой энцефалит, лептоспироз).

4.16. Лечение геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Показания и противопоказания к гемодиализу. Диспансеризация. Прогноз. Реабилитация реконвалесцентов ГЛПС в Удмуртской Республике.

4.17. Почечные «манифесты» амилоидоза, паранеопластических процессов, миеломной болезни, СПИДа.

Раздел 5. Пульмонология

5.1. Механизмы формирования дыхательной недостаточности. Бронхообструктивный синдром, эмфизема, пневмосклероз.

5.2. Хроническая обструктивная болезнь легких. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Классификация. Базисная терапия. Профилактика. Диспансеризация.

5.3. Хроническая обструктивная болезнь легких. Инфекционное обострение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.

5.4. Острый и хронический бронхит. Клиника обструктивного и необструктивного бронхита. Классификация. Лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

5.5. Бронхиальная астма. Современные концепции этиологии и патогенеза. Классификация по степени тяжести и по уровню контроля.

5.6. Клиническая, лабораторная, функциональная, аллергологическая диагностика бронхиальной астмы.

5.7. Бронхиальная астма. Ступенчатый подход к лечению. Базисная терапия бронхиальной астмы. Критерии осуществления контроля над астмой. Группы лекарственных средств и рациональный подход к их назначению.

5.8. Амбулаторный и стационарный этапы лечения обострения бронхиальной астмы. Оценка тяжести приступа и терапевтические мероприятия. Организация и роль астмашкол.

5.9. Тяжелое обострение бронхиальной астмы. Клиника, лечение. Варианты развития астматического статуса.

5.10. Пневмонии внебольничные, госпитальные и атипичные. Клиника. Лабораторная, рентгенологическая и функциональная диагностика. Осложнения.

5.11. Комплексное лечение пневмоний в зависимости от этиологического фактора, возраста больного и сочетания с другими соматическими заболеваниями. Выбор и тактика антибактериальной терапии.

- 5.12. Дифференциальный диагноз полостных образований в легких (абсцесс и гангрена легкого, инфильтративный туберкулез в фазе распада и формирования каверны, полостная форма периферического рака легкого).
- 5.13. Информативность лучевых методов диагностики заболеваний органов дыхания (рентгенография, флюорография, латерография, томография, компьютерная томография, ЯМР).
- 5.14. Интенсивная терапия больных с абсцессами легких: коррекция нарушенного гомеостаза, рациональная антибиотикотерапия, ретростернальное, лимфотропное введение антибактериальных средств, дренирование очагов деструкции в легком. Показания к хирургическому лечению хронических абсцессов.
- 5.15. Бронхоэктатическая болезнь. Причины. Классификация, клиническая картина. Инструментальная верификация диагноза. Предупреждение обострений. Показания к хирургическому лечению.
- 5.16. Заболевания плевры. Классификация. Транссудат и экссудат. Эмпиема плевры. Методы диагностики. Лечение.
- 5.17. Синдром "наличия воздуха и жидкости" в плевральной полости. Дифференциальный диагноз. Тактика терапевта.
- 5.18. Дифференциально-диагностический поиск при диссеминированных процессах в легких: гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, синдром Гудпасчера, силикоз, альвеолярный микролитиаз, альвеолярный протеиноз, кистозная гипоплазия легких, гемосидероз, карциноматоз.
- 5.19. Интерстициальные заболевания легких. Идиопатический фиброзирующий альвеолит, экзогенный фиброзирующий альвеолит, гистиоцитоз X, гранулематозы, саркоидоз. Классификация. Диагностика.
- 5.20. Респираторный дистресс-синдром взрослых. Состояния, опосредуемые им. Клиника. Диагностика. Направления терапии.
- 5.21. Хроническая дыхательная недостаточность. Формы (паренхиматозная, вентиляционная, смешанная). Клинические проявления. Лабораторные, рентгенологические, функциональные методы диагностики.

Раздел 6. Ревматология

- 6.1. Дифференциальный диагноз суставного синдрома при остеоартрозе, ревматоидном артрите, болезни Бехтерева, болезни Рейтера, псориазе, подагре, болезни Крона, неспецифическом язвенном колите.

- 6.2. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
- 6.3. Системная красная волчанка. Классификация по характеру клинического течения, фазам и степеням активности. Критерии диагностики. Лечение.
- 6.4. Антифосфолипидный синдром (АФС). «Катастрофический» АФС. АФС в рамках системной красной волчанки. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная и иммунологическая диагностика. Дифференциальная диагностика. Общие принципы терапии. Прогноз.
- 6.5. Системная склеродермия. Классификация по течению, стадиям и степени активности. Критерии диагностики. Лечение (базисная и симптоматическая терапия).
- 6.6. Дерматомиозит. Патогенез. Клиника. Тактика лечения.
- 6.7. Ревматоидный артрит (ревматоидный васкулит). Классификация. Критерии диагностики (клинические, рентгенологические, лабораторные). Лечение (симптоматическая и базисная терапия).
- 6.8. Узелковый полиартериит (периартериит). Этиология. Патогенез. Клиника классического и астматического (синдром Черджа-Страуса) вариантов течения. Современная тактика лечения.
- 6.9. Дифференциальный диагноз системных васкулитов: узелкового полиартериита, ревматической полимиалгии, гигантоклеточного артериита, геморрагического васкулита (пурпура Шенлейн-Геноха), неспецифического аортоартериита (болезни Такаясу), болезни Бюргера, гранулематоза Вегенера, криоглобулинемического васкулита.
- 6.10. Диагностика и лечение системных васкулитов.
- 6.11. Острая ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца. Клиника. Возрастные особенности ревматического полиартрита. Поражения сердца, центральной нервной системы, кожи. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Первичная и вторичная профилактика. Прогноз.
- 6.12. Остеопороз. Классификация (первичный и вторичный). Патогенез. Клиника. Диагностические методы исследования. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Профилактика.

Раздел 7. Эндокринология

- 7.1. Сахарный диабет. Критерии диагностики сахарного диабета. Диагностический поиск при синдроме гипергликемии и гипогликемии.

7.2. Диетотерапия при сахарном диабете. Расчет суточной потребности больного в калориях и углеводах. Понятие о хлебных единицах. Принципы определения дозы инсулина по хлебным единицам.

7.3. Пероральная сахароснижающая терапия сахарного диабета 2 типа. Классификация пероральных сахароснижающих препаратов. Механизм действия сульфаниламидов, бигуанидов, акарбозы. Показания и противопоказания к их назначению. Показания к инсулинотерапии.

7.4. Инсулинотерапия сахарного диабета типа 1. Коррекция дозы, типа и времени введения инсулина при синдроме гипертермии (грипп), гипергликемии, кетозе.

7.5. Синдром гипогликемии. Этиология. Патогенез. Дифференциальная диагностика.

7.6. Синдром тиреотоксикоза. Этиология. Клинические, лабораторные и инструментальные методы дифференциальной диагностики. Консервативное лечение больных с диффузным токсическим зобом. Контроль эффективности лечения. Показания к оперативному лечению.

7.7. Аутоиммунный тиреоидит. Схема обследования при подозрении на аутоиммунный тиреоидит. Принципы терапии.

7.8. Узловой зоб. Диагностический алгоритм обследования больных при обнаружении узла щитовидной железы. Диспансеризация, методы лечения.

7.9. Синдром гипотиреоза. Этиология. Клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования. Лечение.

7.10. Острая надпочечниковая недостаточность в практике терапевта. Патогенез. Диагностический алгоритм. Принципы неотложной терапии.

7.11. Климактерический синдром у мужчин и женщин в практике терапевта. Диагностика. Принципы заместительной гормональной терапии.

7.12. Синдром гипер- и гипокальциемии. Диагностический алгоритм. Принципы терапии

Раздел 8. Общественное здоровье и здравоохранение

8.1. Критерии и показатели общественного здоровья. Факторы, обуславливающие здоровье населения.

8.2. Формы и методы укрепления здоровья и профилактики нарушений в состоянии здоровья населения.

8.3. Первичная, вторичная, третичная профилактика. Определение, цели, задачи, критерии эффективности.

8.4. Роль участкового врача-терапевта в профилактике болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания, сахарного диабета.

- 8.5. Роль участкового врача-терапевта в профилактике и борьбе с факторами риска (табакокурение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем). Другие факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.
- 8.6. Роль участкового врача-терапевта в профилактике туберкулеза, инфекций передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИД.
- 8.7. Государственная система охраны материнства и детства. Особенности организации медицинской помощи женщинам и детям. Роль врача-терапевта в деятельности акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса (АТПК).
- 8.8. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению в условиях реформирования здравоохранения. Основная учетно-отчетная документация амбулаторно-поликлинических учреждений.
- 8.9. Функциональные обязанности, права, критерии оценки и учетно-отчетные формы работы участкового врача-терапевта.
- 8.10. Диспансеризация. Цели и задачи. Группы диспансерного учета. Методы и средства проведения диспансеризации, критерии оценки эффективности.
- 8.11. Основы экспертизы временной нетрудоспособности: Виды трудоспособности (общая и профессиональная) и нетрудоспособности (частичная, временная, стойкая). Медицинские и социальные критерии определения состояния нетрудоспособности. Клинический и трудовой прогноз.
- 8.12. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ (основные принципы и задачи). Уровни учрежденческой экспертизы. Функции, возложенные на лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
- 8.13. Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан в соответствии приказа МЗ и СР РФ от 26.04.2011 г. N 347н « Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности» и приказа МЗ и СР РФ от 29. 06. 2011 г. N 624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»
- 8.14. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах в соответствии приказа МЗ и СР РФ от 29. 06. 2011 г. N 624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
- 8.15. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации; карантина; протезирования в стационарных условиях в соответствии приказа МЗ и СР РФ от 29. 06. 2011 г. N 624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
- 8.16. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, при направлении гражданина на медико-социальную экспертизу в соответствии приказа МЗ и

СР РФ от 29. 06. 2011 г. N 624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».

8.17. Основы медико-социальной экспертизы: основные термины и понятия (ограничение жизнедеятельности, инвалид, инвалидность, медико-социальная экспертиза, реабилитация инвалидов)

8.18. Структура и органы медико-социальной экспертизы в Российской Федерации. Медицинские и социальные критерии при экспертизе трудоспособности.

8.19. Основные виды и категории нарушений функций жизнедеятельности – как основа принятия экспертного решения.

8.20. Порядок направления граждан на освидетельствование в учреждениях медико-социальной экспертизы. Критерии для определения групп инвалидности.

8.21. Характеристики качества медицинской помощи (результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность, адекватность). Методы оценки качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

8.22. Контроль качества медицинской помощи: внутриведомственный и вневедомственный, его уровни и участники.

8.23. Основы обязательного медицинского страхования: базовая и территориальная программы ОМС. Права и обязанности граждан в системе ОМС в соответствии ФЗ-326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Раздел 9. Онкология

9.1. Особенности организации онкологической службы в Российской Федерации. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.

9.2. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований. Первичная профилактика рака.

9.3. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных онкологического профиля участковым терапевтом. Общие принципы осмотра и обследования больных, получивших специальное лечение.

9.4. Паллиативная и симптоматическая помощь онкологическим больным. Лечебные мероприятия в условиях поликлиники и на дому. Роль участкового терапевта.

- 9.5. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных. Осложнения химиотерапии, их профилактика и лечение.
- 9.6. Рак желудка. Группы риска. Возможности ранней и своевременной диагностики.
- 9.7. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
- 9.8. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения.
- 9.9. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
- 9.10. Мастопатии. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Рак молочной железы. Факторы риска. Клинические формы. Принципы диагностики и лечения.

Раздел 10. Профессиональные заболевания

- 10.1. Профессиональные болезни – определение. Вредный производственный фактор, классификация. Факторы, влияющие на профессиональное заболевание и ускоряющие его развитие. Профессиональные онкологические заболевания. Профессиональные аллергические болезни. Перечень социально-значимых заболеваний.
- 10.2. Основные документы, необходимые для постановки диагноза профессионального заболевания. Обязательные медицинские осмотры работников как способ сбережения здоровья от воздействия вредных производственных факторов.
- 10.3. Профессиональные болезни, вызываемые воздействием промышленной пыли (пневмокониозы). Классификация. Основные клинические синдромы. Критерии диагноза. Принципы терапии. Медико-социальная экспертиза.
- 10.4. Токсико-пылевой бронхит. Отрасли промышленности встречаемости заболевания. Критерии диагноза. Вопросы лечения. Экспертиза трудоспособности. Медицинская профилактика.
- 10.5. Профессиональная бронхиальная астма. Классификация. Критерии диагноза. Экспертиза трудоспособности.
- 10.6. Хроническая лучевая болезнь. Профессии, потенциально опасные в отношении развития хронической лучевой болезни. Классификация. Симптомы и синдромы. Лечение. Экспертиза трудоспособности. Профилактика, методы и принципы защиты.
- 10.7. Вибрационная болезнь. Профессии, связанные с вибрацией. Классификация. Клинические синдромы. Диагностический алгоритм. Вопросы лечения. Экспертиза трудоспособности. Шум. Профессиональная сенсоневральная тугоухость. Критерии диагноза. Индивидуальный подход к трудоустройству.

10.8. Важнейшие промышленные интоксикации (свинец, ртуть). Производство и технологические процессы. Классификация. Клинические синдромы. Диагностический алгоритм, дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Экспертиза трудоспособности. Профилактика.

10.9. Важнейшие промышленные интоксикации (ароматические углеводы). Этиология. Классификация. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Экспертиза трудоспособности.

10.10. Профессиональные заболевания опорно-двигательного аппарата. Круг профессий, группы больных. Общие симптомы. Критерии диагноза. Вопросы лечения и экспертизы.

Раздел 11. Фтизиатрия

11.1. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу. Факторы риска заболевания туберкулезом (группы риска).

11.2. Методы обследования больных туберкулезом. Особенности сбора анамнеза при легочном туберкулезе. Методы исследования на туберкулез (исследование мокроты, крови, плевральной и спинномозговой жидкости). Значение. Информативность. Клинический минимум исследования на туберкулез.

11.3. Внелегочный туберкулез. Классификация по органам и системам. Туберкулез костей и суставов. Туберкулез мочеполовой системы. Диагностика, клиника, лечение Диспансерное наблюдение.

11.4. Внелегочный туберкулез. Туберкулез мозговых оболочек и ЦНС; кожи и подкожной клетчатки; лимфатических узлов; кишечника и брюшины; глаз. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.

11.5. Современные особенности течения туберкулеза. Формы туберкулеза, наиболее часто диагностируемые в настоящее время.

11.6. Группы диспансерного наблюдения больных туберкулезом. Приказ № 109 от 21 марта 2003 г. Работа терапевта по раннему выявлению и профилактике туберкулеза.

Раздел 12. Инфекционные болезни

12.1. Эпидемиология ВИЧ-инфекции. Основные пути передачи вируса. Группы риска инфицирования. Принципы лечения ВИЧ-инфекции.

12.2. Основные клинические проявления начального периода ВИЧ-инфекции. Основные клинические проявления ВИЧ-инфекции на Стадии СПИДа.

12.3. Профилактика ВИЧ-инфекции. Меры предосторожности при работе медицинского персонала с пациентами, подозреваемыми на ВИЧ-инфекцию.

- 12.4. СПИД-ассоциируемые заболевания герпетической и микотической этиологии.
- 12.5. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом диареи в клинике инфекционных болезней: шигеллез, сальмонеллез, иерсиниоз, эшерихиоз, холера, вирусные гастроэнтериты.
- 12.6. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом в клинике инфекционных болезней: вирусные и бактериальные менингиты.
- 12.7. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с респираторным синдромом в клинике инфекционных болезней: респираторные вирусные инфекции и атипичные бактериальные пневмонии
- 12.8. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с тонзиллитами в клинике инфекционных болезней: дифтерия, ангины, инфекционный мононуклеоз.
- 12.9. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемами в клинике инфекционных болезней: детские инфекционные болезни у взрослых, менингококковая инфекция.
- 12.10. Диагностика гриппа. Организация лечебно-профилактических мероприятий в условиях поликлиники и на дому. Лечение больных тяжелой формой гриппа с учетом ведущих клинических синдромов (токсикоз, инфекционно-токсический шок, острая дыхательная недостаточность).
- 12.11. Острые респираторные вирусные инфекции. Клинический и дифференциальный диагноз. Неспецифическая профилактика. Лечение.
- 12.12. Клинико-эпидемиологические и лабораторные критерии диагностики вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е.
- 12.13. Диагностика и терапия острой печёночной энцефалопатии в клинике инфекционных болезней.
- 12.14. Карантинные инфекции (холера, чума), диагностика и лечение. Тактика врача при подозрении на карантинную инфекцию.
- 12.15. Эпидемиология неинфекционных заболеваний.
- 12.16. Клещевой энцефалит и системный боррелиоз. Эпидемиология. Диагностика. Профилактика.
- 12.17. Глистные инвазии. Классификация. Методы диагностики и лечения при трихинеллёзе, токсокарозе, дифиллоботриозе и описторхозе.
- 12.18. Протозойные инвазии. Классификация. Методы диагностики и лечения при малярии, токсоплазмозе и лямблиозе.

Раздел 13. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней

13.1 Острые экзогенные отравления. Понятие о токсикодинамике и токсикокинетике ядов. Общие принципы диагностики и неотложной помощи при острых отравлениях.

13.2. Отравление алкоголем и суррогатами алкоголя. Клиника. Неотложные мероприятия.

13.3. Отравление средствами бытовой химии (фосфорорганические соединения). Клиника. Неотложные мероприятия.

13.4. Базовый алгоритм реанимации при остановке сердечной деятельности. Неотложная помощь и действия врача на догоспитальном этапе, в условиях приемного отделения и терапевтического стационара.

13.5. Расширенный реанимационный комплекс. Постреанимационная болезнь.

13.6. Острая дыхательная недостаточность. Классификация по типам. Интенсивная терапия.

13.7. Астматический статус. Диагностические критерии. Интенсивная терапия в зависимости от стадии.

13.8. Кровохарканье и легочное кровотечение. Клинические проявления в зависимости от основного заболевания. Дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.

13.9. Коматозные состояния. Дифференциальный диагноз алкогольной, гипертермической, гипергликемической, гипогликемической надпочечниковой, алиментарно-дистрофической, опиатной, травматической, цереброваскулярной, эклампсической эпилептической ком. Комы при инфекционных и паразитарных заболеваниях.

13.10. Неотложные состояния при сахарном диабете. Гипергликемическая кетоацидотическая кома. Гипергликемическая некетоацидотическая гиперосмолярная кома. Гипогликемическая кома. Дифференциальный диагноз. Тактика терапевта.

13.11. Шоки. Анафилактический, вазогенный, геморрагический, гиповолемический, кардиогенный, распределительный, травматический. Шоковые состояния при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Фазность клинической картины шоков. Неотложная помощь.

13.12. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клинические варианты. Тактика ведения больных: противошоковые мероприятия, антигипоксическая защита ЦНС, симптоматическая терапия.

13.13. Желудочно-кишечные кровотечения. Диагностика. Неотложная терапия

13.14. Несчастные случаи. Утопление. Переохлаждение. Тепловой (солнечный) удар. Инородные тела в дыхательных путях. Неотложная помощь.

Раздел 14. Клиническая фармакология

14.1. Фармакокинетика. Лекарственные средства: пути введения, всасывание, биодоступность, распределение, связывание с белками крови и тканей, выведение, биоэквивалентность, режимы дозирования. Факторы, влияющие на всасывание, распределение и выведение лекарственных средств.

14.2. Фармакодинамика. Соединение лекарственных средств со специфическими рецепторами. Агонисты и антагонисты. Синергизм и антагонизм лекарственных средств. Ожидаемая фармакологическая реакция, гиперреактивность, толерантность, идиосинкразия, тахифилаксия при введении лекарственных средств. Взаимосвязь фармакокинетики и фармакодинамики.

14.3. Дозы лекарственных средств. Ударная, поддерживающая, суточная, курсовая, пороговая, высшая разовая терапевтическая, высшая суточная терапевтическая, токсическая, летальная.

14.4. Побочное действие лекарственных средств. Классификация побочных эффектов. Извещение о неблагоприятной реакции лекарственного средства.

14.5. Взаимодействие лекарственных средств. Виды взаимодействия. Фармакокинетическое и фармакодинамическое взаимодействие. Факторы влияющие на взаимодействие лекарственных средств.

14.6 Особенности фармакотерапии у беременных и лиц пожилого возраста.

14.7. Медицина, основанная на доказательствах. Стандарты клинических исследований: GCP (качественная клиническая практика). Этапы клинического исследования лекарственного средства. Формулярная система.

14.8. Современная классификация нестероидных противовоспалительных средств. Механизмы действия. Показания к назначению. Побочные и токсические эффекты. Профилактика неблагоприятных реакций при приеме НПВС.

14.9. Наркотические анальгетики. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.

14.10. Антибиотики, классификация. Фармакокинетика, фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты. Принципы рациональной антибиотикотерапии.

14.11. Бета-адреноблокаторы. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты. Рациональное назначение бета-адреноблокаторов в терапевтической практике, абсолютные и относительные противопоказания.

14.12. Антагонисты кальция. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.

- 14.13. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.14. Нитраты быстрого и замедленного действия. Фармакокинетика и механизм действия. Побочные и токсические эффекты. Привыкание, профилактика и терапевтическая коррекция.
- 14.15. Мочегонные средства. Классификация. Механизм действия. Рациональный подбор доз. Токсические и побочные эффекты.
- 14.16. Сердечные гликозиды. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты. Передозировка, адекватная терапевтическая тактика.
- 14.17. Липидкорректирующие лекарственные средства. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.18. Антикоагулянты прямые и непрямые. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.19. Антитромбоцитарные препараты. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.20. Бронхолитические средства (бета-адреностимуляторы, М-холинолитики, ксантины). Фармакокинетика и фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.21. Антациды. Классификация. Фармакодинамика и фармакокинетика. Побочные и токсические эффекты. Влияние антацидов на всасывание лекарственных средств.
- 14.22. Спазмолитики. Механизм действия. Фармакодинамика и фармакокинетика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.23. Холеретики и холекинетики. Фармакодинамика и фармакокинетика. Побочные и токсические эффекты.
- 14.24. Клиническая фармакология глюкокортикостероидов. Фармакокинетика, фармакодинамика. Особенности выбора и режима дозирования препаратов.
- 14.25. Иммунодепрессанты. Фармакодинамика и фармакокинетика. Побочные и токсические эффекты. Подбор эффективных и безопасных доз.
- 14.26. Иммуномодуляторы. Классификация по происхождению. Современные требования к иммуномодуляторам. Общие принципы применения иммуномодуляторов для коррекции недостаточности противoinфекционной защиты.
- 14.27. Сахароснижающие препараты: классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика сульфаниламидов, бигуанидов, акарбозы. Побочные и токсические эффекты.
- 14.28. Гемостатические лекарственные средства. Фармакокинетика, фармакодинамика. Побочные и токсические эффекты.

Раздел 15. Клиническая иммунология и аллергология

15.1. Врожденный и адаптивный иммунитет. Вторичная иммунная недостаточность. Классификация по характеру течения и уровню повреждений. Клинические признаки. Роль CD4⁺ клеток в иммунном ответе (типы иммунного ответа).

15.2. Определение понятий: аллергия, атопия, псевдоаллергия. Классификация аллергических реакций. Патогенез (стадии) аллергической и псевдоаллергической реакций: роль биологически активных веществ (гистамин и др.). Клинические формы аллергии.

15.3. Аллергический ринит. Классификация. Формы. Общие принципы терапии аллергических заболеваний. Ступенчатая терапия аллергического ринита.

15.4. Острые аллергические реакции: генерализованные и локализованные. Группы препаратов для лечения аллергических заболеваний. Классификация антигистаминных препаратов. Профилактика острых аллергических реакций: первичная, вторичная, третичная.

Раздел 16. Паллиативная помощь

16.1. Основы законодательства РФ по вопросам паллиативной помощи

16. 2. Принципы и уровни оказания паллиативной помощи

16. 3. Паллиативная помощь при болезнях органов дыхания.

16. 4. Паллиативная помощь при болезнях органов сердечно-сосудистой системы.

16. 5. Паллиативная помощь при болезнях органов пищеварения.

16. 6. Паллиативная помощь при болезнях почек и мочевыводящих путей.

16. 7. Паллиативная помощь при болезнях органов кроветворения

16. 8. Клиническая фармакология болевого синдрома

16. 9. Психологические и этические аспекты паллиативной помощи

Внеаудиторная самостоятельна работа слушателей

Виды работы:

1. Работа в библиотеке с рекомендованной учебной литературой, а также с периодическими изданиями по специальности (журналы «терапевтический архив», «Клиническая медицина», «Кардиология» и др.).
2. Работа с пакетом заданий для экзамена по специальности «Терапия», которыми курсанты обеспечиваются на кафедре: с заданиями в тестовой форме, клиническими ситуационными задачами вопросами для собеседования в рамках программы.
3. Разработка заданий в тестовой форме с вариантами ответов – 10-15 за цикл.
4. Составление клинической задачи и развернутого ответа к ней - 3-5 за цикл.
5. Написание реферативного сообщения или обзора литературы за последние 5 лет по разделам специальности и программы обучения – 1 за цикл.
6. Составление клинического примера из собственной практики с развернутым комментарием в плане обоснования диагноза, интерпретации результатов функциональных и лабораторных методов исследования, назначения адекватной терапии, профилактических мероприятий, реабилитации и медико-социальной экспертизы.

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Основная литература

№№	Название	Кол-во экземпляров	
		библиотека	кафедра
1.	Аллергология и иммунология. Национальное руководство / Под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 656 с.	3	-
2.	Бартл Р. Остеопороз. Профилактика, диагностика, лечение / Р. Бартл, под ред О. М. Лесняк. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 288 с.	5	-
3.	Гастроэнтерология: клинические рекомендации / под ред. В. Т. Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.	5	1
4.	Гепатопротекторы: руководство / С. В. Оковитый, Н. Н. Безбородкина, С. Г. Улейчик, С. Н. Шуление. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 112 с.	2	1
5.	Дедов И. И.Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.	5	1
6.	Интенсивная терапия. Национальное руководство : В 2-х т. / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Т. 1. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 960 с.	5	-
7.	Интенсивная терапия. Национальное руководство + CD : В 2-х т. / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Т. 2. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.	5	-
8.	Инфекционные болезни. Курс лекций / Под ред В. И. Лучшева, С. Н. Жарова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 512 с.	5	-
9.	Кардиология: клинические рекомендации / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 912 с.	10	2
10.	Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной и врачебной практике: мастер-класс: учебник /В. И. Петров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 880 с.	3	-
11.	Клиническая фармакология.национальное руководство / Под ред. В. Г. Кукуеса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 224 с.: ил	3	-
12.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.- 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с.	5	-
13.	Моисеев В. С. Кардиомипатии и миокардиты: руководство / В. С. Моисеев, Г. К. Киякбаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 352 с.	5	-
14.	Наследственные болезни : нац. руководство / Под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. – М. : ГЭОТАР-медиа, 2013. – 936 с.	2	-
15.	Неврология. Национальное руководство под ред Гусева Е. И. М.:ГЭОТАР-Медиа,2012. -1040 с.	3	-
16.	Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии : пер. с нем. / В. Дистлер, А. Рин; Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 416 с.	5	-
17.	Общая физиотерапия: учебник / под ред. Г. Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 368 с.	5	-
18.	Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство/под ред. В. И. Стародубова. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с..	3	-
19.	Пульмонология. Национальное руководство / Под ред. А. Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 960 с.	2	1
20.	Ревматология. Клинические лекции: руководство / Под ред. В. В. Бадюкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 592 с.	5	-
21.	Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и стеатопанкреатит. / Ивашкин В.Т., Шифрин О.С., Соколова И.А. – М. :Литтерра, 2014. - 240 с.	5	-
22.	Эндокринология. Национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1072 с.	3	-

Дополнительная литература

№№	Название	Кол-во экземпляров	
		Биб-лиотека	Кафедра
1	Артериальная гипертония у пожилых и старых больных : учеб.пособие для системы ППО врачей / под ред. Л. Т. Пименова. - Ижевск : ИГМА, 2011.	5	5
5	Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов: новые аспекты : рук.для врачей / под общ. ред. А. П. Реброва. - Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 2012.	-	3
7	Подчуфарова, Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 358 с.	-	1
8	Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний внутренних органов : рук.для врачей / под ред. проф. А. П. Реброва. - Саратов : Изд-во Сарат. мед.ун-та, 2012. - 192 с.	-	2
9	Заболевания щитовидной железы в практике врача-терапевта : учеб.пособие / авт.-сост. : А. В. Николаева, М. В. Дударев - Ижевск : [ИГМА], 2011. - 44 с.	5	10
10	Ишемическая болезнь сердца на поликлиническом этапе: дифференциальный диагноз стенокардии у женщин : учеб.пособие / [авт.-сост. : Л. Т. Пименов и др.] - Ижевск : Б. и., 2010. - 24 с.	5	10
11	Клинические симптомы внутренних болезней : учеб.пособие / сост. : О. Д. Михайлова [и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА, каф. пропедевтики внутр. болезней с курсом сестр. дела. - Ижевск : [Б. и.], 2011. - 12 с.	10	15
12	Никитин, Е. Н. Гематологическая картина анемий : учеб.пособие для системы ППО и ДПО врачей / Е. Н. Никитин ; ГБОУ ВПО ИГМА - Ижевск : ИГМА, 2012.	10	10
13	Никитин, Е. Н. Показатели периферической крови при некоторых гематологических заболеваниях : учеб. Пособие для системы послевуз. И доп. Проф. Образования врачей / Е. Н. Никитин ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. Фак. Терапии с курсами эндокринологии и гематологии. – Ижевск : ИГМА, 2013. – 86 с.	10	10
14	Сахарный диабет второго типа: реабилитация в санаторных условиях / И. А. Курникова и др. – Ижевск, 2011	10	10

Программное обеспечение: Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Power Point 2007, Microsoft Office Excel 2007, Windows Media.

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. **Электронная библиотека ИГМА:** <http://weblib.igma.ru/>;
2. Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»: <http://www.knigafund.ru/>;
3. Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова: <http://www.scsml.rssi.ru/>;
4. Научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>;
5. <http://www.internist.ru>.