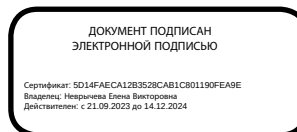


Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 4

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе
Е.В. Неврычева
«13» сентября 2022 г.



ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

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

Хабаровск
2022

Оглавление

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	3
III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ	6
IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	22

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.49 Терапия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: медицинской, организационно-управленческой, педагогической.

2.2. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-терапевт – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

2.3. Результаты освоения программы ординатуры

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

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) при заболеваниях и (или)

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	диспансерного наблюдения	состояниях сердечно-сосудистой системы ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение при заболеваниях и (или) состояниях сердечно-сосудистой системы
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
Лечебная деятельность	ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Организационно-управленческая деятельность	ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-10.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
		структурными подразделениями
	ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-12.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

3.1. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

3.2. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

3.3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.49 Терапия, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 3

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных

		обучающимся в результате освоения программы ординатуры	обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

1. Актуальные вопросы кардиологии в практике терапевта : учеб.-метод. пособие / сост. Э. В. Архипова, Л. Б. Содномова. – Улан-Удэ : Изд-во БГУ, 2022. – 96 с.
2. Амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с артериальной гипертензией : учеб. пособие / А. А. Некрасов, Е. В. Карпухина, Н. Ю. Григорьева [и др.]. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2019. – 48 с.
3. Андрейчикова, Е. А. Основные симптомы и методы обследования при болезнях органов дыхания : учеб. пособие / Е. А. Андрейчикова. – Абакан : Изд-во ХГУ им. Н. Ф. Катанова, 2019. – 104 с.
4. Артериальные гипертензии : учеб. пособие / Ю. Р. Ковалев, Е. А. Курникова, В. А. Исаков, А. А. Холкина. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2019. – 52 с.
5. Беляева, Е. А. Ревматоидный артрит : учеб. пособие / Е. А. Беляева. – Тула : Аквариус, 2018. – 66 с.
6. Болезни кишечника : учеб. пособие / И. В. Козлова, А. Л. Пахомова, Ю. Н. Мялина [и др.] ; под ред. И. В. Козловой. – Саратов : Изд-во СГМУ, 2019. - 174 с.
7. Боровков, Н. Н. Гипертонические кризы в клинической практике : учеб. пособие / Н. Н. Боровков, В. П. Носов, Н. В. Аминева. – 5-е изд. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2018. – 60 с.
8. Бронхиальная астма: клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / Б. А. Шамгунова, Т. В. Касьянова, Н. Н. Мочалова, Б. Н. Левитан. – Астрахань : [Ред.-изд. центр] АГМУ, 2018. – 52 с. : ил.
9. Васильева, Л. И. Хроническая сердечная недостаточность : учеб.-метод. рук. в схемах и табл. : в 2 кн. Кн. 1. Стандартизированные подходы к диагностике и лечению / Л. И. Васильева. – Иваново : Науч. мир, 2019. – 224 с. : ил.
10. Вебер, В. Р. Этиология, классификация и лечение пневмоний : учеб. пособие / В. Р. Вебер, М. С. Смирнова. – Великий Новгород, 2018. – 64 с. : ил.
11. Внебольничная пневмония в практике врача-участкового терапевта : учеб. пособие /

М-во здравоохранения РФ, Ставроп. гос. мед. ун-т ; сост. Н. В. Агранович, И. В. Коровина, А. С. Анопоченко, В. С. Мацукатова. – Ставрополь : Изд-во СГМУ, 2021. – 64 с. : ил.

12. Вялов, С. С. Гастроэнтерология : практ. рук. [в соответствии со стандартами с амбулаторно-поликлин. помощи] / С. С. Вялов. – 7-е изд., перераб. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 128 с. : ил.

13. Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях (формулировка, классификация) : рук. / С. Г. Горохова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.

14. Дзеранова, Н. Я. Хроническая обструктивная болезнь лёгких : учеб. пособие / Н. Я. Дзеранова, В. А. Исаков, А. В. Сизов. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2018. – 76 с.

15. Диагноз и дифференцированная терапия в практике врача-терапевта. Избранные вопросы гематологии : учеб. пособие / М-во здравоохранения РФ, Перм. гос. мед. ун-т им. акад. Е. А. Вагнера ; сост. В. Г. Желобов. – Пермь : [Ред.-изд. центр] ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2021. – 192 с. : ил.

16. Диагностика и лечение неотложных состояний в пульмонологии и гастроэнтерологии : учеб. пособие / А. А. Демидов, Т. Н. Панова, О. Н. Дьякова [и др.]. – Астрахань, 2019. – 64 с.

17. Диспансеризация населения. Работа с диспансерными группами : учеб. пособие / Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова ; сост. В. Н. Ларина, К. В. Глибко, М. Г. Головкин. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. – 48 с.

18. Диспансеризация пациентов с нарушениями липидного обмена : учеб. пособие / Д. А. Яшин, Л. М. Яшина, Ю. Ю. Шамурова, О. Ф. Калев. – Челябинск : Изд-во ЮУГМУ, 2020. – 64 с. : ил.

19. Иванова, Н. В. Гипертензивные кризы : учеб. пособие / Н. В. Иванова, Ю. Н. Гришкин. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 72 с. : ил.

20. Инфаркт миокарда : учеб. пособие / В. Э. Олейников, И. Б. Матросова, Л. И. Саламова [и др.]. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2021. – 126 с. : ил.

21. Ишемическая болезнь сердца в практике участкового врача : учеб. пособие / Н. А. Корягина, В. Г. Желобов, А. В. Авдеев [и др.]. – Пермь : Науч. технологии, 2018. – 82 с. : ил.

22. Кардиоваскулярная профилактика : учеб. пособие / В. В. Столярова, Н. Ю. Лещанкина, А. А. Александровский [и др.]. – Саранск : Издатель Афанасьев В. С., 2018. – 80 с. : ил.

23. Клиническая фармакология : учеб. пособие : ч. 1 / под ред. Н. В. Изможеровой. – Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018. – 108 с.

24. Куркина, Н. В. Заболевания системы крови : учеб. пособие / Н. В. Куркина, М. Г. Назаркина, Э. И. Полозова. – Саранск : Издатель Афанасьев В. С., 2018. – 84 с. : ил.

25. Лечение сахарного диабета: диетотерапия и фармакотерапия : учеб. пособие для врачей / М. Л. Максимов, В. А. Дударева, И. Г. Дядикова [и др.]. – Казань : МедДок, 2020. – 68 с.

26. Мазуров, В. И. Современные принципы диагностики и лечения системных васкулитов : учеб. пособие / В. И. Мазуров, И. Б. Беляева, А. Л. Чудинов. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 68 с.

27. Маммаев, С. Н. Аритмии сердца. Тахикардия и брадикардия : рук. / С. Н. Маммаев, С. Г. Заглиев, С. С. Заглиева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. : ил.

28. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / В. А. Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 656 с. : ил.

29. Медикаментозная терапия и профилактика хронической сердечной недостаточности : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения РФ, Ростов. гос. мед. ун-т ; сост. С. А. Чепурненко, Н. В. Бурцева. – Ростов н/Д. : Фонд науки и образования, 2020. – 88 с.

30. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование // Общественное

здоровье и здравоохранение : учеб. / В. А. Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – М., 2018. – Ч. 2, гл. 23. – С. 525–548.

31. Методы исследования в нефрологии : учеб. пособие / Е. Г. Коренская, О. В. Парамонова, А. В. Александров, О. Д. Королик. – 2-е изд., испр. и доп. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. – 84 с.

32. Миллер, О. Н. Современные подходы к лечению нарушений ритма сердца и проводимости у беременных : учеб.-метод. пособие для врачей / О. Н. Миллер. – Новосибирск, 2019. – 56 с. : ил.

33. Мкртумян, А. М. Неотложная эндокринология : учеб. пособие / А. М. Мкртумян, А. А. Нелаева. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 128 с.

34. Мозговая, Е. Э. Остеоартрит : учеб. пособие / Е. Э. Мозговая. – Новосибирск : Новосиб. изд. дом, 2020. – 56 с. : ил.

35. Морозова, Т. Е. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология / Т. Е. Морозова, О. А. Вартанова, М. А. Чукина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 254 с. : ил.

36. Наиболее распространённые заболевания пожилых людей // Гериатрия : нац. рук. / под ред. О. Н. Ткачёвой, Е. В. Фроловой, Н. Н. Яхно. – М., 2019. – Гл. 6. – С. 301–469.

37. Нефрология: клинические рекомендации / Ассоц. нефрологов ; под ред. Е. М. Шиловой, А. В. Смирнова, Н. Л. Козловской. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 856 с.

38. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / Ю. Г. Элланский, А. Р. Квасов, Т. Ю. Быковская, М. Ю. Соловьёв. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 624 с.

39. Осипова, О. А. Ишемическая болезнь сердца: формы, диагностика, лечение : учеб. пособие / О. А. Осипова, И. П. Почитаева, Н. И. Головина. – Белгород : Изд. дом БелГУ, 2022. – 52 с. : ил.

40. Основы анализа ЭКГ для общей врачебной практики : учеб.-метод. пособие / В. И. Купаев, В. П. Мишурова, В. В. Соленов, А. В. Германов. – Самара : Офорт, 2018. – 102 с. : ил.

41. Остеоартрит: клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / Н. В. Загородний, Н. И. Карпович, М. Д. Абакиров [и др.]. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2022. – 95 с. : ил.

42. Петров, А. В. Сахарный диабет: выявление, лечение и профилактика : учеб.-метод. пособие / А. В. Петров. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2021. – 72 с. : ил.

43. Пневмонии: основные понятия, клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие, рекомендов. Координац. советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» для ординаторов по специальности 31.08.49 «Терапия» и доп. проф. образования по специальности «Терапия», «Пульмонология» / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. Е. В. Неврычева, Т. А. Петричко, И. К. Явная, Н. Е. Кузьмичёва. – Хабаровск : Ред.-изд. центр

44. Понкина, А. А. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / А. А. Понкина, И. В. Понкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 76 с.

45. Пульмонология : нац. рук. : крат. изд. / Рос. респиратор. о-во, Ассоц. мед. о-в по качеству ; под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 768 с.

46. Пульмонология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / под ред. Е. А. Бакалиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.

47. Радулеску, Э. Остеопороз / Э. Радулеску ; пер. Л. Сугай. – 2-е изд., испр. – Заокский : Источник жизни, 2018. – 89 с.

48. Ревматология / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлёва, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 512 с. – (Стандарты медицинской помощи).

49. Ревматология для практикующего врача : крат. ил. рук. / Л. И. Алексеева, З. С. Алекберова, Л. П. Ананьева [и др.] ; под ред. А. М. Лилы, А. Е. Каратеева. – М. : Ремедиум,

2019. – 62 с. : ил.

50. Редькин, Ю. А. Сахарный диабет и другие эндокринопатии в практике врача-терапевта : лекции / Ю. А. Редькин. – М. : Ньюдиамед, 2019. – 52 с.

51. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Рос. ассоц. эндокринологов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с. : ил.

52. Руденко, К. А. Бронхиальная астма : учеб.-метод. пособие / К. А. Руденко, А. Р. Тугуз. – Майкоп : Изд-во МГТУ, 2020. – 69 с.

53. Руксин, В. В. Неотложная амбулаторно-поликлиническая кардиология : крат. рук. / В. В. Руксин. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 288 с. : ил.

54. Сахарный диабет 2 типа: патогенез, диагностика, клиника, лечение : учеб. пособие / А. Ф. Вербовой, Ю. А. Долгих, О. В. Косарева, А. В. Пашенцева. – Самара : Офорт, 2019. – 98 с.

55. Сигитова, О. Н. Гломерулонефриты: диагностика, лечение, профилактика, ведение на амбулаторном этапе : учеб. пособие / О. Н. Сигитова. – Казань : КГМУ, 2018. – 68 с. : ил.

56. Современные принципы диагностики и лечения дислипидемий : учеб. пособие / Е. И. Баранова, Е. Г. Сергеева, О. А. Беркович [и др.] ; под ред. Е. В. Шляхто. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 52 с. : ил.

57. Струтынский, А. В. Тахикардии и брадикардии: диагностика и лечение / А. В. Струтынский. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2021. – 288 с. : ил.

58. Стуклов, Н. И. Учебник по гематологии / Н. И. Стуклов, Г. И. Козинец, Н. Г. Тюрина. – М. : Практик. медицина, 2018. – 336 с.

59. Тактика врача-гастроэнтеролога : практ. рук. / Д. Н. Андреев, Д. С. Бордин, А. Ф. Дольник [и др.] ; под ред. И. В. Маева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 312 с. : ил. – (Тактика врача).

60. Тополянский, А. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца : рук. для практ. врачей / А. В. Тополянский, Е. В. Саютина ; под ред. А. Л. Вёрткина. – М. : Эксмо, 2022. – 128 с. : ил. – (Врач высшей категории. Амбулаторный приём).

61. Усанова, А. А. Нефрология: клинические нормы / А. А. Усанова, Н. Н. Гуранова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. : ил.

62. Хронический гастрит: этиология, патогенез, диагностика, лечение : учеб. пособие / Э. М. Эседов, А. С. Абасова, Ф. Д. Ахмедова, В. Р. Мурадова. – Махачкала : [Ред.-изд. центр] ДГМУ, 2018. – 76 с.

63. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: основные понятия, клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» для ординаторов по специальности 31.08.49 «Терапия» и прогр. доп. проф. образования по специальностям «Терапия», «Гастроэнтерология» / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. терапии и профилактик. медицины ; сост. Е. В. Неврычева, Т. А. Петричко, М. Ю. Кунгурцева, Н. Е. Кузьмичёва. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 128 с. : ил.

1.2. Дополнительная литература

64. Артериальная гипертензия у пожилых: комплексная диагностика и лечение : пособие для врачей / М. А. Якушин, Б. В. Агафонов, Р. В. Горенков [и др.]. – М. : Тактик-Студио, 2018. – 80 с.

65. Боль в суставах. В 2 частях. Часть 2. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов. Ревматоидный и псориатический артриты / Н. А. Шостак, Е. В. Жилиев, А. А. Клименко [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 128 с. : ил. – (Болевые синдромы в практике клинициста ; вып. 3). – Прил. к журн. «Клиницист».

66. Бронхиальная астма: клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / Б. А. Шамгунова, Т. В. Касьянова, Н. Н. Мочалова, Б. Н. Левитан. – Астрахань : [Ред.-изд. центр] АГМУ, 2018. – 52 с. : ил.
67. Воспалительные заболевания кишечника : клин. рук. / под ред. Д. Дж. Штайна, Р. Шейкера ; пер. с англ. И. Л. Халифа. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 256 с. : ил.
68. Вялов, С. С. Кардиология: поликлиническая помощь : моногр. / С. С. Вялов, В. И. Синопальников. – М. : Умный доктор, 2018. – 224 с. : ил.
69. Галяутдинов, Г. С. Гидроперикард : учеб. пособие / Г. С. Галяутдинов, Л. И. Фейсханова. – Казань : [ред.-изд. центр] КГМУ, 2019. – 114 с.
70. Гепатопротекторы : рук. для врачей / С. В. Оковитый, В. А. Приходько, Н. Н. Безбородкина, Б. Н. Кудрявцев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 240 с. : ил.
71. Дефицит гормона роста и идиопатическая низкорослость : учеб.-метод. пособие / Ю. Л. Скородок, Е. В. Плотникова, И. И. Нагорная [и др.]. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2020. – 56 с. : ил.
72. Диагностика, лечение и реабилитация пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на амбулаторно-поликлиническом этапе : учеб. пособие / М-во здравоохранения РФ, Алт. гос. мед. ун-т, каф. поликлин. терапии и мед. реабилитологии с курсом доп. проф. образования ; сост. И. Е. Бабушкин, Т. В. Кулишова, Е. И. Дёмина. – Барнаул : [Ред.-изд. центр] АГМУ, 2021. – 86 с.
73. Древаль, А. В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D : рук. для врачей / А. В. Древаль. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. : ил.
74. Древаль, А. В. Репродуктивная эндокринология : рук. для врачей / А. В. Древаль. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 240 с. : ил.
75. Евсеева, М. Е. Фенотипы сосудистого старения и ранняя профилактика социально значимых заболеваний : учеб. пособие / М. Е. Евсеева. – Ставрополь : Изд-во СГМУ, 2021. – 116 с. : ил.
76. Заболевания желудочно-кишечного тракта / под ред. В. Н. Лариной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 192 с. – (На амбулаторном приёме).
77. Зотов, Д. Д. Нарушения сердечного ритма и проводимости : учеб. пособие / Д. Д. Зотов, Н. Я. Дзеранова, А. С. Галенко. – СПб. : [Ред.-изд. центр] СПбГПМУ, 2022. – 56 с. : ил.
78. Иванов, Л. Н. Этиология и патогенез язвенной болезни : учеб. пособие / Л. Н. Иванов, М. Л. Колотилова. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2019. – 96 с.
79. Киселёва, В. А. Некоторые вопросы клинической фармакологии (фармакотерапии) : учеб. пособие / В. А. Киселёва, С. Г. Марданлы, В. В. Помазанов. – Орехово-Зуево : Ред.-изд. отд. ГГТУ, 2019. – 88 с.
80. Круглов, В. А. Электрокардиограмма в практике врача : рук. / В. А. Круглов, М. Н. Дадашева, Р. В. Горенков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 136 с. : ил.
81. Крылова, Н. С. Кардиомиопатии в практике кардиолога и терапевта : учеб. пособие / Н. С. Крылова, А. М. Сванадзе, Н. Г. Потешкина. – М. : [Ред.-изд. центр] РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. – 72 с.
82. Куркина, Н. В. Заболевания системы крови : учеб. пособие / Н. В. Куркина, М. Г. Назаркина, Э. И. Полозова. – Саранск : Издатель Афанасьев В. С., 2018. – 84 с. : ил.
83. Мазуров, В. И. Современные принципы диагностики и лечения системных васкулитов : учеб. пособие / В. И. Мазуров, И. Б. Беляева, А. Л. Чудинов. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 68 с.
84. Маркеры воспаления при остром коронарном синдроме : учеб.-метод. пособие / К. Ю. Кузьмичёв, Б. Ю. Кузьмичёв, Е. А. Липницкая [и др.]. – Астрахань, 2018. – 52 с.

85. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / Ю. Г. Элланский, А. Р. Квасов, Т. Ю. Быковская, М. Ю. Соловьёв. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 624 с.
86. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения : метод. рекомендации / О. М. Драпкина, Л. Ю. Дроздова, А. М. Калинина [и др.]. – М. : [Ред.-изд. центр] НМИЦ ТПМ, 2020. – 232 с. : ил.
87. Основы внутренних болезней : учеб. пособие : в 2 т. Т. 1. Основы кардиологии, пульмонологии с общей физиотерапией / Л. М. Казакова, Н. А. Комелягина, Э. С. Гаврилова [и др.]. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2019. – 336 с. : ил.
88. Пичугин, В. В. Диагностика и лечение острой сердечной недостаточности : учеб.-метод. пособие / В. В. Пичугин. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2019. – 67 с. : ил.
89. Пневмония, COVID-19 и коморбидная патология у лиц пожилого и старческого возраста : рук. / Г. Р. Камашева, А. В. Синеглазова, Е. В. Архипов, А. В. Шулаев. – Казань : Отечество, 2020. – 80 с.
90. Побочные эффекты лечения хеликобактерной инфекции и профилактика конфликта с пациентом : учеб. пособие / Н. В. Бакулина, А. М. Шевякова, И. Г. Бакулин [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 80 с. : ил.
91. Попова, Л. В. Дифференциальный диагноз симптоматических артериальных гипертензий : учеб. пособие / Л. В. Попова, С. В. Пономарёв. – Новосибирск : Изд.-полиграф. центр НГУ, 2021. – 68 с. : ил.
92. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи // Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / В. А. Медик. – 3-е изд., испр. и доп. – М., 2018. – Ч. 2, гл. 22. – С. 512–524.
93. Рациональная фармакотерапия артериальной гипертонии : учеб.-метод. пособие для врачей / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, Н. М. Киселёва, А. К. Стародубцев. – Казань : МедДоК, 2020. – 108 с.
94. Рациональная фармакотерапия заболеваний почек. Клиническая фармакология диуретиков : учеб.-метод. пособие для врачей / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, Н. М. Киселёва [и др.]. – Казань : МедДоК, 2020. – 91 с.
95. Рациональная фармакотерапия ишемической болезни сердца : учеб.-метод. пособие для врачей / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, Н. М. Киселёва [и др.]. – Казань : МедДок, 2020. – 76 с. : ил.
96. Ревматология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки и качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 592 с.
97. Резник, Е. В. Кардиология: клинические нормы / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. : ил.
98. Руденко, К. А. Бронхиальная астма : учеб.-метод. пособие / К. А. Руденко, А. Р. Тугуз. – Майкоп : Изд-во МГТУ, 2020. – 69 с.
99. Сахин, В. Т. Анемия хронических заболеваний : рук. / В. Т. Сахин, Е. В. Крюков, О. А. Рукавицын ; под ред. Е. В. Крюкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. : ил.
100. Свириденко, О. Ю. Симптоматология и диагностика заболеваний щитовидной железы : учеб. пособие / О. Ю. Свириденко, О. В. Разваляева, А. О. Свириденко. – Волгоград : Изд-во ВГМУ, 2021. – 100 с. : ил.
101. Седова, Е. В. Основы гериатрии для врачей первичного звена : учеб.-метод. пособие / Е. В. Седова, Ф. Н. Палеев, О. Н. Старцева ; Моск. обл. науч.-исслед. клин. ин-т им. М. Ф. Владимирского, фак. усовершенствования врачей. – М. : [Ред.-изд. центр] МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 2019. – 48 с.
102. Симптомы и синдромы эндокринных заболеваний. Методы обследования и

принципы лечения больных с эндокринной патологией : учеб. пособие : ч. 1 / В. В. Антонян, А. А. Демидов, А. А. Воробьёва [и др.]. – Астрахань : [Ред.-изд. центр] АГМУ, 2022. – 64 с.

103. Система поддержки принятия врачебных решений. Гастроэнтерология: клинические протоколы лечения / сост. Д. С. Бордин, К. А. Никольская, И. Г. Бакулин. – М. : [Ред.-изд. центр] НИИОЗММ, 2021. – 136 с.

104. Система поддержки принятия врачебных решений. Нефрология: клинические протоколы лечения / сост. О. Н. Котенко, Е. М. Шилов, Н. А. Томилина. – М. : [Ред.-изд. центр] НИИОЗММ, 2021. – 66 с.

105. Система поддержки принятия врачебных решений. Пульмонология: клинические протоколы лечения / сост. А. С. Белевский, С. Н. Авдеев, Г. Е. Баймаканова. – М. : [Ред.-изд. центр] НИИОЗММ, 2021. – 152 с.

106. Система поддержки принятия врачебных решений. Эндокринология. Клинические протоколы лечения / сост. М. Б. Анциферов [и др.]. – М. : [Ред.-изд. центр] НИИОЗММ, 2021. – 80 с.

107. Словарь терминов, наиболее употребляемых в общественном здоровье и здравоохранении / сост. А. Н. Галиуллин, А. В. Шулаев, И. М. Бурыкин. – Казань : Медицина, 2019. – 62 с.

108. Стаценко, М. Е. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения : учеб. пособие / М. Е. Стаценко, С. В. Туркина, М. Н. Титаренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2021. – 116 с. : ил.

109. Субботина, Т. И. Патология эндокринной системы : учеб. пособие / Т. И. Субботина, Б. Б. Бантыш. – Тула : Изд-во ТулГУ, 2020. – 181 с. : ил.

110. Тактика ведения пациентов с заболеваниями органов дыхания на амбулаторном этапе : учеб. пособие / сост. Е. Д. Халтагарова, Е. В. Григорьева, Т. Е. Спасова. – Улан-Удэ : Изд-во БГУ, 2019. – 160 с.

111. Трухан, Д. И. Дифференциальный диагноз основных синдромов и симптомов при заболеваниях почек и мочевых путей : учеб. пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов. – М. : Практик. медицина, 2019. – 272 с.

112. Учёт и анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью // Гигиена труда : учеб. пособие / В. А. Кирюшин, А. М. Большаков, Т. В. Моталова. – Ростов н/Д., 2015. – С. 256–272.

113. Файнбург, Г. З. Как правильно и эффективно провести обязательные медицинские осмотры : практ. рекомендации / Г. З. Файнбург, А. А. Порываев, С. В. Трутнев. – Пермь : Изд-во ПНИПУ, 2019. – 103 с.

114. Хабриев, Р. У. Новые нормы труда в поликлиниках / Р. У. Хабриев, В. М. Шипова, Е. А. Берсенева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. : ил.

115. Хорошнина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошнина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с.

116. Хроническая болезнь почек : учеб.-метод. пособие / П. П. Огурцов, О. Н. Котенко, Н. И. Стуклов [и др.]. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2019. – 52 с. : ил.

117. Хроническая обструктивная болезнь лёгких в амбулаторной практике: дифференциальная диагностика, тактика ведения больных : учеб. пособие / Н. В. Агранович, В. С. Мацукатова, Л. А. Пилипович [и др.]. – Ставрополь : Изд-во СГМУ, 2022. – 96 с. : ил.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

1. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : учеб. пособие : т. 6 / А. С. Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. : ил. – 160 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451861.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

2. Амлаева, К. Р. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 512 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445754.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

3. Артюнина, Г. П. Основы социальной медицины : учеб. / Г. П. Артюнина. – М. : Акад. проект, 2020. – 570 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/110104.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

4. Болезни сердца в вопросах и ответах : учеб. пособие : в 2 ч., ч. 1 / Г. К. Киякбаев, Ю. Л. Караулова, А. А. Шаваров [и др.] ; под ред. Ж. Д. Кобалава. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2019. – 160 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/104186.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

5. Болезни сердца в вопросах и ответах : учеб. пособие : в 2 ч., ч. 2 / Г. К. Киякбаев, Ю. Л. Караулова, А. А. Шаваров [и др.] ; под ред. Ж. Д. Кобалава. – М. : [Ред.-изд. центр] РУДН, 2019. – 174 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/104187.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

6. Внезапная сердечная смерть / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревешвили, Н. М. Неминуций, И. В. Проничева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

7. Всероссийские клинические рекомендации по контролю над риском внезапной остановки сердца и внезапной сердечной смерти, профилактике и оказанию первой помощи / А. Ш. Ревешвили, Н. М. Неминуций, Р. Е. Баталов [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 256 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444641.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

8. Габай, П. Г. Дело чести. Защита чести, достоинства и деловой репутации врачей и клиник / П. Г. Габай, М. А. Разговорова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 176 с. : ил. – 176 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455371.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

9. Гематология : нац. рук. / под ред. О. А. Рукавицына. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 784 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452707.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

10. Гериатрия : нац. рук. / под ред. О. Н. Ткачёвой, Е. В. Фроловой, Н. Н. Яхно. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450932.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

11. Гериатрия : рук. для врачей / под ред. Л. П. Хорошиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445983.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

12. Горохова, С. Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации : рук. для врачей / С. Г. Горохова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 336 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455517.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
13. Диагноз при заболеваниях внутренних органов. Формулировка, классификации / авт.-сост. В. А. Ахмедов, М. В. Колбина, А. Н. Судакова [и др.] ; под. ред. В. А. Ахмедова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 256 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447321.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
14. Кардиологические аспекты сахарного диабета 2 типа / И. В. Сергиенко, С. А. Бойцов, М. В. Шестакова [и др.]. – СПб. : Фолиант, 2018. – 64 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90211.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
15. Кардиология : нац. рук. : крат. изд. / под ред. Е. В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 816 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475379.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
16. Кардиология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества / сост. А. И. Муртазин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448380.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
17. Медицинское право : учеб. пособие / К. В. Егоров, А. С. Булнина, Г. Х. Гараева [и др.]. – М. : Статут, 2019. – 190 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/88255.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
18. Моисеев, В. С. Кардиомиопатии и миокардиты / В. С. Моисеев, Г. К. Киякбаев, П. В. Лазарев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 512 с. – Текст : электрон. // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454299.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
19. Морозов, Ю. М. Пульмонология. Редкие заболевания и синдромы (клинические разборы) : учеб. пособие / Ю. М. Морозов, Т. И. Оболенская, М. С. Турчина. – М. : Ай Пи Ар Медиа, 2020. – 78 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/94927.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
20. Морозова, Т. Е. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиническая фармакология : учеб. пособие / Т. Е. Морозова, О. А. Вартанова, М. А. Чукина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 254 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445075.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
21. Мохорт, Т. В. Эндокринология : учеб. / Т. В. Мохорт, А. П. Шепелькевич. — Минск : Вышэйшая шк., 2021. – 400 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120104.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
22. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 1. Диагностика болезней органов пищеварения / А. Н. Окорочков. – М. : Мед. лит., 2019. – 265 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95502.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

23. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 10. Диагностика болезней сердца и сосудов. Кардиомиопатии, миокардиты, острая и хроническая сердечная недостаточность / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 206 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95511.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

24. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 11. Диагностика болезней сердца и сосудов. Перикардиты, инфекционный эндокардит, пролапс митрального клапана, приобретённые пороки сердца / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 211 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95512.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

25. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 12. Диагностика болезней сердца и сосудов. Врождённые пороки сердца у взрослых, нарушения ритма и проводимости сердца, опухоли сердца / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 190 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95513.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

26. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 99 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95503.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

27. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 3. Диагностика болезней эндокринной системы / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 173 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95504.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

28. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 4. Диагностика болезней органов дыхания / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 224 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95505.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

29. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 5. Диагностика болезней системы крови: анемии, лейкозы / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 259 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95506.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

30. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 6. Диагностика болезней системы крови: геморрагические диатезы, тромбофилические состояния, порфирии / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 189 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95507.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

31. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 7. Диагностика болезней почек / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 102 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95508.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

32. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 8. Диагностика болезней сердца и сосудов. Атеросклероз. ИБС / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 229 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL:

<https://www.iprbookshop.ru/95509.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

33. Околоков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Книга 9. Диагностика болезней сердца и сосудов. Артериальная гипертензия. НИЦД / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2019. – 204 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95510.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

34. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 1. Лечение болезней органов дыхания. Лечение болезней органов пищеварения / А. Н. Околоков. – 2-е изд. – М. : Мед. лит., 2021. – 547 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108377.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

35. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 1. Лечение болезней органов дыхания. Лечение болезней органов пищеварения / А. Н. Околоков. – 2-е изд. – М. : Мед. лит., 2021. – 547 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108377.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

36. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 2. Лечение ревматических болезней. Лечение эндокринных болезней. Лечение болезней почек / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 598 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108378.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

37. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т. 2. Лечение ревматических болезней. Лечение эндокринных болезней. Лечение болезней почек / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 598 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108378.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

38. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 2. Лечение болезней сердца и сосудов. Лечение болезней системы крови / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 474 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108380.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

39. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 3, книга 1. Лечение болезней сердца и сосудов / А. Н. Околоков. – М. : Мед. лит., 2021. – 456 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108379.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

40. Опухоли кожи в гериатрической практике : учеб. пособие / И. А. Клеменова, И. Л. Шливко, О. Е. Гаранина [и др.]. – М. : Прометей, 2021. – 62 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/125616.html> (дата обращения: 09.11.2022). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

41. Организационный проект создания кабинета паллиативной помощи медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / В. И. Орёл, О. М. Носырева, В. Н. Федоренко [и др.]. – Текст : электрон. // Медицина и орг. здравоохранения. – 2019. – Т. 4, № 3. – С. 4–18. – URL: <http://ojs3.gpmu.org/index.php/medorg/article/view/586/588> (дата обращения: 25.04.2022). – Режим доступа: свобод.

42. Основы гериатрии / под ред. О. Н. Ткачёвой, О. Д. Остроумовой, Ю. В. Котовской. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454404.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

43. Остеопороз: факторы риска, диагностика, лечение, профилактика : справ. рук. / под ред. В. Н. Лариной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 144 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970470152.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
44. Полинская, Т. А. Больничный лист в вопросах и ответах : практ. рук. / Т. А. Полинская, С. В. Шлык, М. А. Шишов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455630.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа : по подписке.
45. Понкина, А. А. Права врачей / А. А. Понкина, И. В. Понкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 192 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454329.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
46. Понкина, А. А. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / А. А. Понкина, И. В. Понкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 76 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452530.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
47. Практическая пульмонология : рук. для врачей / под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитонов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457801.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
48. Пульмонология : нац. рук. : крат. изд. / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 768 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453230.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
49. Резник, Е. В. Клинические нормы. Кардиология / Е. В. Резник, И. Г. Никитин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 448 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458518.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
50. Рукавицын, О. А. Анемии. Краткое руководство для практических врачей всех специальностей / О. А. Рукавицын, М. В. Галайко, М. Н. Зенина ; под ред. О. А. Рукавицына. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 176 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444757.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
51. Старчиков, М. Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача) / М. Ю. Старчиков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455388.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
52. Улумбекова, Г. Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения 2019–2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 416 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454176.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.
53. Хорошенина, Л. П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л. П. Хорошенина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html> (дата обращения: 21.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

54. Эндокринология : нац. рук. / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1112 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467510.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

55. Якушин, С. С. Инфаркт миокарда / С. С. Якушин, Н. Н. Никулина, С. В. Селезнёв. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452974.html> (дата обращения: 11.04.2023). – Режим доступа: по подписке.

7.4. Клинические рекомендации

1. Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых : клинические рекомендации / Российское научное медицинское общество терапевтов, Научное общество гастроэнтерологов России. – Москва, 2021. – 66 с.

2. Аллергический ринит : клинические рекомендации / Российская ассоциации аллергологов и клинических иммунологов и др. – Москва, 2020. – 55 с.

3. Анафилактический шок : клинические рекомендации / Российская ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, Федерация анестезиологов и реаниматологов. – Москва, 2020. – 36 с.

4. Артериальная гипертензия у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 162 с.

5. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) : клинические рекомендации / Ассоциация медицинских генетиков и др. – Москва, 2020. – 66 с.

6. Болезнь Крона : клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. – Москва, 2020. – 66 с.

7. Брадиаритмии и нарушения проводимости : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 77 с.

8. Бронхиальная астма : клинические рекомендации / Российское респираторное общество и др. – Москва, 2021. – 104 с.

9. Бронхит : клинические рекомендации / Союз педиатров России и др. – Москва, 2021. – 52 с.

10. Витамин В12 дефицитная анемия : клинические рекомендации / Национальное гематологическое общество, Национальное общество детских гематологов, онкологов. – Москва, 2021. – 39 с.

11. Внебольничная пневмония у взрослых : клинические рекомендации / Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. – Москва, 2021. – 117 с.

12. Гастрит и дуоденит : клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Эндоскопическое общество «РЭНДО». – Москва, 2021. – 48 с.

13. Гипертрофическая кардиомиопатия : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. – Москва, 2020. – 126 с.

14. Гипопаратиреоз у взрослых : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2021. – 84 с.

15. Гипотериоз : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2021. – 34 с.

16. Грипп у взрослых : клинические рекомендации / Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням им. В.И. Покровского, Российское научное медицинское общество терапевтов. – Москва, 2022. – 104 с.

17. Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов, Российская ассоциация врачей ультразвуковой диагностики. – Москва, 2020. – 46 с.
18. Железodefицитная анемия : клинические рекомендации / Национальное гематологическое общество, Национальное общество детских гематологов, онкологов. – Москва, 2021. – 43 с.
19. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 108 с.
20. Запор : клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. – Москва, 2021. – 32 с.
21. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) у взрослых : клинические рекомендации / Национальное гематологическое общество. – Москва, 2021. – 55 с.
22. Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2021. – 193 с.
23. Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 135 с.
24. Миокардиты : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 100 с.
25. Мочекаменная болезнь : клинические рекомендации / Российское общество урологов. – Москва, 2020. – 77 с.
26. Нарушения липидного обмена : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 103 с.
27. Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит) : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2020. – 77 с.
28. Ожирение : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов, Общество бариатрических хирургов. – Москва, 2020. – 52 с.
29. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. – Москва, 2020. – 141 с.
30. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы : клинические рекомендации / Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 137 с.
31. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых : клинические рекомендации / Национальное научное общество инфекционистов, Российское научное медицинское общество терапевтов. – Москва, 2021. – 64 с.
32. Остеопороз : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов и др. – Москва, 2021. – 105 с.
33. Острый бронхит у взрослых : клинические рекомендации / Российское респираторное общество и др. – Москва, 2022. – 47 с.
34. Первичный гиперпаратиреоз : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов, Ассоциации эндокринных хирургов. – Москва, 2020. – 108 с.
35. Ревматоидный артрит : клинические рекомендации / Ассоциация ревматологов России. – Москва, 2018. – 59 с.
36. Сахарный диабет 1 типа у взрослых : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2019. – 141 с.
37. Сахарный диабет 2 типа у взрослых : клинические рекомендации / Российская ассоциация эндокринологов. – Москва, 2019. – 187 с.

38. Синдром раздражённого кишечника : клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. – Москва, 2021. – 43 с.
39. Стабильная ишемическая болезнь сердца : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 104 с.
40. Стабильная ишемическая болезнь сердца : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 115 с.
41. Туберкулез у взрослых : клинические рекомендации / Российское общество фтизиатров, Ассоциация фтизиатров. – Москва, 2022. – 151 с.
42. Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 152 с.
43. Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 105 с.
44. Фолиеводефицитная анемия : клинические рекомендации / Национальное гематологическое общество, Национальное общество детских гематологов, онкологов. – Москва, 2021. – 35 с.
45. Хроническая обструктивная болезнь легких : клинические рекомендации / Российское респираторное общество. – Москва, 2021. – 86 с.
46. Хроническая болезнь почек : клинические рекомендации / Союз педиатров России и др. – Москва, 2022. – 160 с.
47. Хроническая сердечная недостаточность : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество. – Москва, 2020. – 202 с.
48. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи : клинические рекомендации / Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи и др. – Москва, 2023. – 107 с.
49. Хронический бронхит : клинические рекомендации / Российское респираторное общество. – Москва, 2021. – 62 с.
50. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых : клинические рекомендации / Национальное научное общество инфекционистов. – Москва, 2021. – 42 с.
51. Хронический вирусный гепатит С : клинические рекомендации / Национальное научное общество инфекционистов и др. – Москва, 2021. – 71 с.
52. Хронический лимфоцитарный лейкоз / лимфома из малых лимфоцитов : клинические рекомендации / Ассоциация онкологов России и др. – Москва, 2020. – 64 с.
53. Хронический миелолейкоз : клинические рекомендации / Ассоциация онкологов России, Национальное гематологическое общество. – Москва, 2020. – 78 с.
54. Хронический панкреатит : клинические рекомендации / Российское общество хирургов. – Москва, 2020. – 115 с.
55. Хроническая сердечная недостаточность : клинические рекомендации / Российское кардиологическое общество и др. – Москва, 2020. – 155 с.
56. Цирроз и фиброз печени : клинические рекомендации / Российское общество по изучению печени, Российская гастроэнтерологическая ассоциация. – Москва, 2021. – 99 с.
57. Эмфизема легких : клинические рекомендации / Российское респираторное общество. – Москва, 2021. – 48 с.
58. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки : клинические рекомендации / Союз педиатров России и др. – Москва, 2021. – 64 с.
59. Язвенный колит : клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. – Москва, 2020. – 69 с.
60. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных крапивницей / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – Москва, 2018. – 27 с.

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru
4. Официальный сайт Российского кардиологического общества: <https://www.scardi.ru>
5. Официальный сайт специалистов сердечной недостаточности <https://www.ossn.ru>
6. Официальный сайт Российского медицинского общества по артериальной гипертензии <https://www.gipertonik.ru>

IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ТЕСТЫ

Актуальные вопросы онкологии

В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ

злокачественные новообразования
болезни органов кровообращения
травмы и отравления
болезни органов пищеварения
болезни органов дыхания

САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

рак легкого
рак желудка
рак предстательной железы
рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости
 все плоские кости
 кости черепа
 кости таза

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
 ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ
 пищевода и анального канала прямой кишки
 желудка и тонкой кишки
 тонкой и ободочной кишки
 желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ АНАТОМИЧЕСКИЙ
 ОТДЕЛ:

сигмовидная кишка
 восходящая ободочная кишка
 поперечная ободочная кишка
 нисходящая ободочная кишка
 слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ ФИБРОЗНО-
 КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ

Iб

Ia

II

III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

до 25 лет
 от 30 до 40 лет
 от 40 до 50 лет
 старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
 лечения
 проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
 динамическое наблюдение
 назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У

75-85% больных
 60-70% больных
 50-55% больных
 на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ
 СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

дисфагия
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ
МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая
акролентигинозная
злокачественное лентиго
поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия
пальпируемая опухоль
боль
слабость
ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА

при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке
при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА
ЛОКАЛИЗОВАННОГО

в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ
ТЕНДЕНЦИЮ

к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ

гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

затрудненное и/или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год - 1 раз в 3 мес, третий - пятый года - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ

употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение
курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак
медуллярный и недифференцированный рак
папиллярный и медуллярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 кровянистые выделения из соска
 симптом втяжения
 наличие плотного участка с зернистой поверхностью
 болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛЫ
 АОРТАЛЬНОГО ОКНА
 осиплость голоса
 кашель
 боль в грудной клетке
 икота
 дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В
 печень
 легкие
 надключичные лимфатические узлы
 кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ
 желудочно-кишечного тракта
 легкого
 молочной железы
 женских половых органов

Здоровый образ жизни
 ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ
 артериальная гипертония
 мерцательная аритмия
 сахарный диабет
 искусственные клапаны сердца
 все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ
 натощак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
 натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
 натощак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ
 ≤ 1.8 ммоль/л
 ≤ 2.5 ммоль/л
 ≤ 3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО
 СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК
 не менее 2-х раз в год
 не менее 3-х раз в год
 не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ НА КАГ
без дальнейших неинвазивных исследований
по результатам дополнительных исследований
необходимость в рутинном направлении на КАГ отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ
ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ
ОТВЕТЫ):

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА

статины

бета-адреноблокаторы

нитраты

ингибиторы АПФ или блокаторы РААС

антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У
МУЖЧИН

180 см и более;

94 см и более;

102 см и более;

110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными
причинами инвалидности и преждевременной смертности населения

пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ

больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском

нет правильного ответа

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ
ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И
ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ
ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального
обследования

достижение целевых уровней факторов риска

предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

1 I группа

2 II группа

III группа

I и II группы

II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

2 23,1%

17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

23,1 %

17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания

сокращение числа случаев инвалидности

уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям

все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания

сокращение числа случаев инвалидности

уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

полнота охвата диспансерным наблюдением больных

все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

не менее 1 раза в год

не менее 2-х раз в год

1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ

менее или равно 140/90 мм рт ст

менее или равно 135/85 мм рт ст

менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям

простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году программы

третьем году программы

пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО

комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы

систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья

повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;

200ккал;

энерготратам;

расходам на движение;

верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;

не изменяются;

уменьшаются;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;

меньше;

больше;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;

10%;

30%;

40%;

верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;

7%;

0%;

30%;

верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;

3-4 раза;

по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;

атеросклерозу;

раку кишечника;

раку молочной железы;

все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;

язвенную болезнь;

рак груди;

цирроз печени;

колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;

колита;

артериальной гипертонии;

артроза суставов

верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

избыток белка;

нерациональное соотношение жиров;

недостаток витаминов;

недостаток углеводов;

избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ

убрав солонку со стола;
 недосаливая при кулинарной обработке
 избегая солений;
 верно а,б,в;
 верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОГРАНИЧИТЬ

белки;
 соль;
 растительное масло;
 фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОГРАНИЧИТЬ

жиры;
 соль;
 растительное масло;
 фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

белки;
 жиры;
 сахара;
 алкоголь;
 сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ

лечения больных в стационаре;
 профилактике наркомании;
 помощи при отказе от курения;
 достижения сбалансированности рациона;
 профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН

5- 9;
 10 - 14;
 15- 19;
 20 - 25;
 верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

80 и более;
 94 и более;
 102 и более;
 110 и более;
 верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У ЖЕНЩИН

88 и более;

94 и более;

102 и более;

ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;

переедание;

гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

сердце;

артерии;

вены;

А и Б;

суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;

легкие;

опорно-двигательный аппарат;

почки;

верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;

диета;

пищевые добавки;

хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА ДО

500 ккал.

800 ккал.

1000 ккал.

1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ

высоких степенях ожирения;

сопутствующей патологии;

булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;

витамины;

минералы;

углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;
марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
7;
4;
9;

верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
30 г;
60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
50 г;
60 г;

верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.

процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества б)
убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества

ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых

травм и несчастных случаев

болезней нервной системы

новообразований

болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.

снижении показателей смертности общей

снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ детей всех возрастных групп.

молодежь.

пожилых людей

все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ
 смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
 летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
 смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
 смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
 смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.

выявление заболеваний и факторов риска

выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%

80%

60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства

болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения

снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ

снижением смертности от БСК

все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание

только курение

курение и повышенное артериальное давление

курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

- популяционная стратегия
- стратегия высокого риска
- сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

- уровнями отдельных факторов риска
- возрастом
- географическими условиями и характеристиками окружающей среды
- суммарным риском
- наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

- разработку законодательства;
- просвещение населения
- поддержку активности населения;
- доступ к информации и содействие ее распространению;
- наличие и доступность профилактической помощи;
- межсекторальное взаимодействие.
- все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

- поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

- психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
- психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
- экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

- ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни
- цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО

НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

20%

50%

40%

55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям

простейшим и нетрудозатратным

сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

Западная Европа

Восточная Европа

Финляндия
Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста
оказывать помощь лицам, желающим бросить курить
информационную работу медиков, СМИ
законодательное регулирование
все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака
запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)
пропаганду знаний о вреде курения.
запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ
снижение смертности от внешних причин
увеличение продолжительности жизни
снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000
в 1999
в 1993
в 2005

Реализация профилактических программ направлена на
достижение поставленных целей программы
соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов
достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов
достижение цели в запланированные сроки
достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ
участие системы образования
управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации
партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации
профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ
 административное руководство региона (территории)
 административное руководство региона (территории) и представители общественности
 административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы
 представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.
 представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни
 повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества
 вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.
 формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях
 все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах
 обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты
 программа по укреплению здоровья в школах
 совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья
 все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска
 уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования
 уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
 желание пациента изменить свое поведение
 знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ

раннее выявление заболевания и факторов риска
 консультирование по профилактике и коррекции факторов риска
 медикаментозное лечение и коррекция факторов риска
 межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
 все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ

ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения

организационные изменения

показатели здоровья и уровни факторов риска

данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.

все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)

уровень знаний и умений медицинских работников

уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью

построение партнерства

рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)

уровень знаний и умений медицинских работников

уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью

построение партнерства

рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики

результаты выборочных обследований населения

статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация

наглядные санпросвет материалы

опросы специалистов, населения, целевых групп

программы подготовки специалистов, программы обучения

все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики

результаты выборочных обследований населения

статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация

наглядные санпросвет материалы

опросы специалистов, населения, целевых групп

программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики

результаты выборочных обследований населения
 статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
 наглядные санпросвет материалы
 опросы специалистов, населения, целевых групп
 программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска
 удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
 полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)
 показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
 смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

контингент и объем диспансеризации.
 потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и активность в ее реализации
 оценку эффективности диспансеризации
 здоровье прикрепленного населения
 информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ (БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г
 300 г
 500 г
 800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;
 недостатком в рационе питания белка;
 избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;
 недостатком в рационе питания клетчатки;
 недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний

МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия
 биопсия опухоли*
 УЗИ
 компьютерное обследование
 термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ

СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией
 рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
 исследование кала на скрытую кровь
 исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ
 при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом
 при рентгенологическом исследовании
 при использовании эндоскопических методов
 при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ
 дуктографии
 бесконтрастной маммографии
 крупнокадровой флюорографии
 не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ
 щитовидной железы
 желудка
 поджелудочной железы
 почки
 предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
 нарушение кортикального слоя
 экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
 периостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
 для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
 для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
 для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
 госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
 проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
 динамическое наблюдение
 назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеновская компьютерная томография
 рентгенография + линейная томография
 рентгеноскопия
 сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
 магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс
 гемоторакс
 кровохаркание
 имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
 ангиографическое исследование
 экскреторная урография
 рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
 ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
 бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
 общий клинический анализ мочи
 радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
 раке нижней губы
 раке молочной железы
 остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
 ирригография
 рентгеноскопия желудка и кишечника
 колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА

маммография*
 УЗИ молочных желез
 пункционная Биопсия

секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК

не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N₀» ОБОЗНАЧАЕТ

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ

легких
органов брюшной полости
молочной железы*
щитовидной железы*

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная безопасность МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

контактно-бытовой
аэрогенный
вертикальный
пищевой
трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ

эритроциты
лимфоциты
тромбоциты
гепатоциты
макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ

полового контакта
наличие у больного СПИД-маркерного заболевания
увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.
обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ
наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ

96⁰ спиртом
70⁰ спиртом
дважды моют с мылом
3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

6% раствором перекиси водорода

96⁰ спиртом

5% хлорными растворами

3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

пациент болен СПИДом

в организме есть антитела к ВИЧ

человек заразен на протяжении всей его жизни

у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели

3-4 месяца

5-6 месяцев

от 2 недель до 6 месяцев

от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В

стадии инкубации

серонегативный период

стадии ПСИДа

бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО
число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей
так же на конец года

число больных активным туберкулезом на конец года

удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории

число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением

скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми

бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ

правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения
распространения туберкулеза в Российской Федерации

общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации

все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;

отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;

диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)

процент не связанного с белком лекарства;

диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)

изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств

изучение токсичности и побочных эффектов

методология клинического испытания лекарств

изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация

диффузия

активный транспорт

пиноцитоз

все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$

повышение концентрации свободной фракции препарата

снижение концентрации свободной фракции препарата (+)

лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)

гидрофильные

липофобные

имеющие кислую реакцию

имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)

абсорбции и распределения лекарств

метаболизма лекарств

выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока

вазкуляризация

моторика

состояние микрофлоры кишечника

все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами

синергистами (+)

антагонистами
миметиками
литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

экскреция слабых кислот уменьшится
экскреция слабых кислот увеличится (+)
экскреция слабых оснований увеличится
увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)
циметидин
амиодарон
эритромицин
ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения
почечный и печёночный клиренс (+)
биодоступность
скорость распределения
связь с белком
экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание
объём распределения
почечная экскреция
метаболизм
всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)
кратности приема
скорости выведения
эффективности препарата
продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма
процент вещества, достигшего системного кровотока (+)
эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект
процент препарата, связанного с белком
ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)
глобулинами

фибриногеном
мукопротеинами
трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)

лекарство не связывается с белками плазмы

лекарства не связываются с тканями

увеличивается гидрофильность препарата

увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

токсические

аллергические (+)

фармакодинамические

фармакокинетические

псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме

о высоких концентрациях препарата в тканях (+)

о высоких концентрациях связанного препарата в плазме

о низких концентрациях препарата в тканях

о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

антагонизм

суммарный эффект

аддитивный эффект

потенцирование (+)

сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание

распределение

экскреция (+)

связь с белком

пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном

сублингвальном

внутримышечном

внутривенном (+)

ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком

ингибирование метаболизма в печени

инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)

торможение всасывания лекарств

взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)
бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)

усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор

приём антацидов (+)

приём холинолитиков

хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)

нитраты

рифампицин

фенобарбитал

никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении

инактивация препарата другим лекарственным средством

увеличение активности препарата при первом введении

снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)

максимальная концентрация после введения препарата

концентрация перед очередным введением препарата

средняя концентрация после введения препарата

правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ

в ротовой полости

в пищеводе

в желудке

в тонком кишечнике (+)

в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

выводятся почками в неизменном виде (+)

хорошо всасываются в ЖКТ

метаболизируются в печени

хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ

дигоксина

гентамицина

теофиллина (+)

преднизолона

ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ

морфина
новокаидамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ

аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА

пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
фльтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ

ампициллина (+)
рампиприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ

периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ

нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К

увеличению абсорбции лекарств
 увеличению объема распределения лекарств
 замедлению метаболизма в печени (+)
 снижению почечной экскреции
 снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К

уменьшению абсорбции лекарств
 увеличению объема распределения лекарств
 увеличению связи с белками плазмы
 ускорению метаболизма в печени (+)
 ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

гиперкалиемия
 гинекомастия
 синдром Рейно
 подагра (+)
 гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

эритромицин (+)
 амоксициллин
 цефтриаксон
 гентамицин
 ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
 тобрамицин
 гентамицин
 неомицин (+)
 стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
 B1
 B2
 C
 фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)

B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии

гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
 мобилизационная подготовка;
 территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
 с момента фактического начала военных действий;
 с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

**ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ
 ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

Центр по делам ГО и ЧС;
 Комиссия по ГО и ЧС;
 Специально уполномоченное лицо;
 Законодательное собрание области;
Губернатор.

**ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В
 НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ**

18-27 лет;
 20 - 45 лет;
 16 - 60 лет
18-60 лет;
 18-45 лет.

**ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ВОЕННОЕ
 ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ**

повседневных мероприятий;
 первоочередных мероприятий первой группы;
первоочередных мероприятий второй группы;
 мероприятий общей готовности;
 все перечисленное выше.

**КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
 ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ
 МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
 ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В
 УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ
 ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И
 СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО
 ВРЕМЕНИ- ЭТО**

мобилизация;
 мобилизационная подготовка;
 военная подготовка;
 гражданская оборона;
 мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;

в военное время;

в рабочее время;

всегда;

после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;

в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;

в случае возникновения чрезвычайной ситуации;

в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов;

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;

создание мобилизационных органов;

осуществление международного сотрудничества

выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ

на ВСМК

на МСГО

на ГВМУ

на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ

лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, медицинскую защиту населения

медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации, медицинскую защиту.

лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление, медицинскую сортировку

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, вид медицинской помощи, объем медицинской помощи

повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района, сельского округа

руководством, органом управления, формированиями, учреждениями

головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами

органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные

на производственные и объектовые
на территориально-производственные
на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ
силы и средства МСГО организаций
силы и средства МСГО на территории города, сельского района
силы и средства МСГО на территории субъектов РФ
силы и средства МСГО на территории всей РФ
формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

2-3 минуты
4-5 минут
5-6 минут
до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ
нитевидный пульс на сонной артерии
отсутствие спонтанного дыхания +
отсутствие пульса на сонной артерии +
отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ
асистолия
фибрилляция желудочков +
олная атриовентрикулярная блокада
экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
старческий возраст
травмы не совместимые с жизнью +
заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ
1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная одышка

приступообразная одышка

вынужденное положение больного во время приступа

приступы одышки с удлиненным выдохом +

"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ

10 мин

30 мин +

1 час

3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

введение антигистаминных препаратов

наложение жгута

в/в введение преднизолона и адреналина +

п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

бледность кожи на фоне высокой температуры

заторможенность и вялость больного

гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +

гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

Функциональная диагностика

ЗНАЧЕНИЕ УГЛА АЛЬФА ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО

-120-30*+120+30

ПРИ СИНУСОВОМ РИТМЕ ЗУБЕЦ Р ВСЕГДА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ

в III, AVR в AVL, AVR* в AVR в V1,2

РЕЗКОЕ ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ ВЛЕВО, $R_{avL} > R_I, r_{II, III}$ НИЗКИЙ, S II, III ГЛУБОКИЙ. В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ S ДО V6 ГЛУБОКИЙ

гипертрофия ЛЖ гипертрофия ПЖ* блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса

рубцовые изменения задне-нижней стенки ЛЖ

СИНУСОВЫЙ УЗЕЛ РАСПОЛОЖЕН

в верхней части левого предсердия* в верхней части правого предсердия

в нижней части правого предсердия в межжелудочковой перегородке

МИГРАЦИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

повышении функции автоматизма центров II порядка

*снижении функции автоматизма синусового узла атриовентрикулярной блокады фибрилляции предсердий

ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЗУБЕЦ Р

*не регистрируется регистрируется после комплекса QRS перед комплексом QRS, отрицательный

СИНДРОМ WPW ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАЛИЧИИ АНОМАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ПО ПУЧКУ

МахаймаБахмана*КентаДжеймса
 ЧАСТОТА СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ИДИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ РИТМЕ
 СОСТАВЛЯЕТ

*20-40 в мин.

40-60 в мин.60-80 в мин.90-100

ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩИЕ СОКРАЩЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

повышении автоматизма центров II и III порядка.*при продолжительных паузахпри
 тахикардиипри аномалии проведения импульса по атриовентрикулярному соединению

ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ НЕ ХАРАКТЕРНО

*наличие преждевременного зубца Р с последующей деформацией комплекса
 QRSотсутствием зубца Р в экстрасистолическом комплексепоявлением преждевременного,
 расширенного (>0,11 сек) и деформированного желудочкового комплекса

дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т по отношению к наибольшему зубцу
 экстрасистолического комплекса QRS

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

периодичность выпадения сердечного сокращения

*стабильное удлинение интервала Р-Qналичие периода Самойлова-Венкебахапостепенное
 увеличение интервала Р-Q

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

постепенное увеличение интервала Р-Q с последующим выпадением сердечного комплекса

наличие периода Самойлова-Венкебаха*зубцы Р и желудочковые комплексы QRS
 регистрируются каждый в своем ритме

ШИРИНА КОМПЛЕКСА QRS ПРИ ПОЛНОЙ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА
 СОСТАВЛЯЕТ

0,06 сек0,09 сек*0,12 сек и более

0,20 сек и более

ПОД ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА ПОНИМАЮТ

нарушение процесса деполяризациимелькоочаговый некроз*уменьшение кровоснабжения
 участков миокардапроцесс необратимых изменений в волокнах миокарда

ГЛАВНЫЙ ПРИЗНАК ПОСТИНФАРКТНОГО РУБЦА НА ЭКГ

лабильность зубца Тстойкий отрицательный зубец Т

*глубокий и широкий зубец Q«застывший» подъем ST

НА ЭКГ В ОТВЕДЕНИЯХ VI, V2 СЕГМЕНТ ST ПРИПОДНЯТ НАД ИЗОЛИНИЕЙ,
 ДУГООБРАЗНЫЙ, ПЕРЕХОДИТ В ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Т

инфаркт задней стенки левого желудочка*инфаркт передне-перегородочной стенки левого
 желудочка

инфаркт переднебоковой стенки левого желудочкаинфаркт верхушечной области левого
 желудочка

РАННИЙ ПРИЗНАК ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ

$RV_4 > RV_3$; $S V_3 > S V_1$ * $RV_5 > RV_4$; $S V_1 > S V_2$ $R_1 > R_{II}$; $S_{II} > S I$ $RV_5 + S V_1 = 40$ мм

ПОКАЗАТЕЛЬ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ($RV_5 + S V_1$) ПРИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА
 ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ЭКГ:

> 20мм> 25мм> 30мм*> 35мм

ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

*высокоамплитудный Р в II, III, avF.уширенный Р свыше 0,12сотрицательный Р в правых
 грудных отведенияхвысокий Р в avL

КОЛИЧЕСТВО R БОЛЬШЕ, ЧЕМ QRS; PQ СТАБИЛЕН (0,16"). ПОСЛЕ УКОРОЧЕНИЯ PP
ОТСУТСТВУЕТ ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ КОМПЛЕКС

синоаурикулярная блокада II степени*атриовентрикулярная блокада II степени*блокированная
предсердная экстрасистола*атриовентрикулярная диссоциация с интерференцией

ЗУБЕЦ R II, III (-), R AVR (+)

ритм из а-в соединения*нижнепредсердный ритм*левопредсердный ритм*верхний
правопредсердный ритм

QRS ТИПА «QS» ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

*трансмуральный субэндокардиальный интрамуральный мелкоочаговый

ДЛЯ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНЫ
ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО В ОТВЕДЕНИЯХ

V3R - V4R V4 – V6*V1 - V2, V3S1 – S4 (по Слопаку)

ЗАДНИЙ ИНФАРКТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

*высокий R V 1-3 с T(+) в сочетании с элевацией ST V 7-9

депрессия ST V 7-9, элевация ST V 1-3 смещение переходной зоны влево, T V I-4 (-) элевация
ST V 5-6 с T (-)

ДОКАЗАТЕЛЬСТВОМ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ
СЕКМЕНТА ST

на 0,5 мм*на 1 мм и более только свыше 1,5 мм только свыше 2,0 мм

ЕСЛИ ПРИ ВЭМ ДОСТИГНУТО СУБМАКСИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ БЕЗ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ

*проба отрицательная

проба положительная проба сомнительная

QRS -0,16", S I, V5,6, AVL ШИРОКИЙ, QRS VI ТИПА rSR

гипертрофия правого желудочка*полная блокада правой ножки пучка Гиса*полная блокада
левой ножки пучка Гиса*гипертрофия миокарда ЛЖ*неполная блокада правой ножки пучка Гиса

КРУПНООЧАГОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РЕГИСТРИРУЮТСЯ В ОТВЕДЕНИЯХ I, V5,6, AVL

передне-перегородочный инфаркт

*боковой инфаркт*задне-диафрагмальный инфаркт*задне-базальный инфаркт

ЗУБЕЦ "R" ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ОТРАЖАЕТ

деполяризацию правого предсердия*деполяризацию левого предсердия*реполяризацию правого
предсердия*реполяризацию левого предсердия*деполяризацию правого и левого предсердия

ПЕРВЫЙ КОМПОНЕНТ (ФАЗА) ЗУБЦА RV1 ИМЕЕТ

*положительное направление

отрицательное направление неопределенное направление двухфазную структуру

ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК

не сокращается*сокращается, но не полностью*сокращается обычно*сокращается в несколько
иной, чем обычно последовательности

ЗУБЕЦ T V1-V2 ПРИ БЛОКАДЕ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОБЫЧНО:

положительный*изоэлектрический*отрицательный*двухфазный

ДЛЯ НЕПОЛНОЙ БЛОКАДЫ ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ХАРАКТЕРНА ШИРИНА
QRS:

*0,08-0,11 сек 0,12-0,15 сек 0,06-0,08 сек выше 0,15 сек

ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА КОМПЛЕКС QRS В ОТВЕДЕНИИ VI И V2 ИМЕЕТ ВИД

RS, rsRRs *QS, rSqRs

В ОТВЕДЕНИЯХ V5 И V6 ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА КОМПЛЕКС QRS ИМЕЕТ ВИД:

qR (R - без особенностей) *R (R - обычно с зазубриной, широкий) R (R - высокий, узкий) qRs (R - широкий, с закругленной вершиной, s - малый)

СЕГМЕНТ ST V5 –V6 ПРИ БЛОКАДЕ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ОБЫЧНО

расположен выше изолинии имеет неопределенную форму

*расположен ниже изолинии расположен на изолинии

Вопрос: ПРИ БЛОКАДЕ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ ОБЫЧНО

нормальная горизонтальная умеренно отклонена влево

*резко отклонена влево

ПРИ БЛОКАДЕ ЗАДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ОСЬ ОБЫЧНО

нормальная вертикальная *резко отклонена вправо

горизонтальная

ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ WPW

*укорочен до 0,06-0,09 сек длинен свыше 0,20 сек не изменен равен примерно 0,16-0,17 сек

ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ ХАРАКТЕРНО

*наличие комплекса QRS похожего на блокаду правой ножки пучка Гиса

наличие комплекса QRS похожего на блокаду левой ножки пучка Гиса глубокие зубцы S во всех отведениях отсутствие дискордантности сегмента ST и зубца T

ЧИСЛО ПРЕДСЕРДНЫХ ВОЛН P ПРИ ТРЕПЕТАНИИ

200-220 в мин *220-350 в мин;

350 -400 в мин 400-600 в мин

НА НАЛИЧИЕ ЗОНЫ НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ УКАЗЫВАЕТ

отрицательный "коронарный" зубец T снижение вольтажа электрокардиограммы

*наличие патологического зубца Q монофазный подъем сегмента ST

ДЛЯ СТАДИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ХАРАКТЕРНО

длительность течения свыше 3-х суток *подъем сегмента ST в виде монофазной кривой

обязательное наличие патологического зубца Q инверсия зубца T

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРЕДНЕВЕРХУШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТВЕДЕНИЯХ

*V4 (иногда V3 и V5) V1- V3 Dorsalis (но Небу) avL, I

ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ синдромом WPW гипертрофией одного желудочка мышечным некрозом блокадой проводящей системы Гиса

*всем перечисленным

ЭКГ-ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ТИПА МОБИТЦ- II ЯВЛЯЮТСЯ

число желудочковых сокращений соответствует числу предсердных сокращений отсутствие "фиксированного" интервала PQ *выпадение отдельных комплексов QRS при сохранности P и фиксированного интервала PQ

наличие отрицательных зубцов Р после ORSналичие дельта-волны
АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ-1
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

увеличением интервала PQ более 0,2 секпостепенным увеличением интервала PQ в последующих циклах и периодическим исчезновением зубца Р

нормальным интервалом PQ и периодическим исчезновением комплекса QRSнормальным интервалом PQ и периодическим исчезновением зубца Р*постепенным увеличением интервала PQ в последующих циклах и периодическим исчезновением комплекса QRS

ЭКГ-ПРИЗНАКИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ

*правильный синусовой ритм с частотой от 40 до 60 в 1 мин.колебания продолжительности интервалов R-R превышает 0,15 сек

наличие "узкого" комплекса QRSотсутствие зубцов Р на ЭКГ

ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

продолжительность комплекса QRS от 0,08 до 0,10 секнеполная компенсаторная пауза*в экстрасистоле зубцы QRS и Т разнонаправлены, компенсаторная пауза полная

наличие зубца Р перед экстрасистолическим комплексомвсе вышеперечисленные

Вопрос: НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЮТСЯ

*наличие синоаурикулярной блокады*синдром тахикардии-брадикардииналичие атриовентрикулярной блокады I ст.

отсутствие зубца Р

Вопрос: ЭКГ-ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА ЯВЛЯЮТСЯ

нерегулярный ритм желудочков*фибрилляция предсердий*полная атриовентрикулярная блокада

все вышеперечисленное

Вопрос: НАЛИЧИЕ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ВЕСЬМА ВЕРОЯТНО ПРИ РЕГИСТРАЦИИ В ХОДЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

нормосистолической синусовой аритмии*эпизодов асистолии свыше 3 секранних предсердных ("Р на Т") экстрасистол

переходящей внутрижелудочковой блокады

ПРИЧИНОЙ ПЕРЕДНЕ-ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ОККЛЮЗИЯ

дистального отрезка правой коронарной артерииигибающей ветви левой коронарной артерии*нисходящей ветви левой коронарной артериипроксимального отрезка правой коронарной артерии

ни одна из перечисленных

Вопрос: В КАКИХ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ОТДЕЛАХ СЕРДЦА ПРОИСХОДИТ ЗАДЕРЖКА ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО СЕРДЦУ

синусовый узел*атриовентрикулярный узел

волокна Пуркиньемышца желудочков

В АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМ УЗЛЕ ПРОИСХОДИТ

увеличение скорости проведения импульсов через сердечную мышцу

скорость проведения снижается до 2-5 см/с*физиологическая задержка проведения импульсовскорость проведения увеличивается до 300-400 см/с

ОБЩАЯ ЕМКОСТЬ ЛЕГКИХ - ЭТО

объем воздуха, выдыхаемого из легких после спокойного вдохаобъем воздуха, который можно максимально выдохнуть после максимального вдоха

*объем воздуха, содержащийся в легких на высоте вдохаобъем воздуха, который можно

вдохнуть в легкие после спокойного выдоха

ВЫДЕЛЯЮТ ____ ГРАДАЦИЙ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА:

2022*2324

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ФЖЕЛ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ФОРСИРОВАННЫЙ ВЫДОХ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ:

не менее 3 с*не менее 6 сек

не менее 10 сек

СИНДРОМ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИИ КРУПНЫХ БРОНХОВ – ЭТО:

утрата легкими эластических свойствригидность, труднорастяжимость легких*пролабирование мембранозной части трахеи и крупных бронховсужение просвета бронхов, возрастание сопротивления движению воздуха по трахеобронхиальному дереву

ПРИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ОГРАНИЧИТЕЛЬНОМУ ТИПУ СНИЖАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

ОФВ1МОС*ЖЕЛпроба Тиффно

СИНДРОМ ЛАБИЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ВНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

нормальная кривая вдоха и выдоха*плато на вдохе, нормальная кривая выдоха

нормальная кривая вдоха, плато на выдохеплато на вдохе и на выдохе

УВЕЛИЧЕНИЕ ОФВ1 ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОЙ ПРОБЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ:

10 %*12 %15 %20 %

ПРИ ПРОБЕ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПАДЕНИЕ ОФВ1 БОЛЕЕ:

10 %12 %*15 %20 %

КЛАПАН СЕРДЦА, РАСПОЛОЖЕННЫЙ ГЛУБЖЕ ВСЕХ ИЗ ЛЮБОГО ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ДОСТУПА

*митральный клапантрикуспидальный клапан

аортальный клапанлегочный клапан

ДЛЯ ТОЧНОГО РАСЧЕТА СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕТОДОМ ДОППЛЕР-ЭХОКГ СЛЕДУЕТ СОБЛЮДАТЬ УСЛОВИЕ

перепепдикулярность потока крови ультразвуковому лучу

*параллельность потока крови ультразвуковому лучуне имеет значенияпод углом 60 градусов

ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О КРОВОТОКЕ В ОПРЕДЕЛЕННОМ ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ УДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

*импульсного режима доплерографии

непрерывного режима доплерографии

М-режимадвухмерной эхокардиографии

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

0,60- 0,850,50- 0,65*0,55- 0,750,45- 0,75

ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ СТВОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ

митральном стенозе*аортальной недостаточностимитральиой недостаточностидефекте межжелудочковой перегородки

ОБЪЕМНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

аортальном стенозе

тетраде Фалло*ОАПОООИГСС
 ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДАВЛЕНИЕМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
 *артериальной гипертензии митральной недостаточности
 митрального стеноза аортальной недостаточности
 НАЛИЧИЕ ВЫСОКОГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ЛЕВЫМ И ПРАВЫМ
 ЖЕЛУДОЧКОМ ПРИ ДМЖП СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
 *гемодинамически небольшом дефекте большом объеме сброса слева направо формировании
 высокой легочной гипертензии

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ВСЕ ТРИ АОРТАЛЬНЫЕ СТОРОНКИ
 ОДНОМОМЕНТНО ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ

в продольной левой парастеральной позиции в апикальной пятикамерной позиции* в позиции
 по короткой оси через основание сердца

в супрастеральной позиции

МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ПОЗИЦИЯХ, ЗА
 ИСКЛЮЧЕНИЕМ

короткая парастеральная через основание сердца

апикальная четырехкамерная позиция* апикальная двухкамерная позиция эпигастральная
 четырехкамерная

УМЕНЬШЕНИЕ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ
 СВЯЗАНО С СОСТОЯНИЯМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

сброс крови слева направо на уровне предсердий выраженная брадикардия резкое снижение
 сократительной способности миокарда

*сброс крови слева направо на уровне желудочков митральный стеноз

САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
 ЯВЛЯЕТСЯ

митральный стеноз митральная недостаточность

аортальная недостаточность* аортальный стеноз

ТРОМБЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

митральной недостаточности* митральном стенозе аортальном стенозе сочетании митральной
 и аортальной недостаточности

ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
 СЛЕДУЮЩИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

деформация контура парадоксальная пульсация* систолическое утолщение стенки в области
 аневризмы

пристеночный тромб

ДЛЯ ОБЪЕМНОЙ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ЗА
 ИСКЛЮЧЕНИЕМ

* парадоксальное движение МЖП увеличение полости ПЖ снижение экскурсии
 трикуспидального клапана

повышение кинеза стенок ПЖ

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ДМПП ХАРАКТЕРНО

* отсутствие атриовентрикулярного края дефекта отсутствие нижнего края
 дефекта центральное расположение дефекта в области овальной ямки

КОЛЛАБИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ ГЛУБОКОГО ВДОХА БОЛЕЕ
 ЧЕМ НА 50% ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тампонады сердца* нормального кровообращения декомпенсации по правожелудочковому

типу

констриктивного перикардита

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МИКСОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

*левое предсердие левый желудочек правое предсердие

правый желудочек

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*нарушением строения и расположения створок трикуспидального клапана

сочетанием трикуспидальной недостаточности с ДМПП наличием септального дефекта с развитием высокой легочной гипертензии

МЕТОД РЕОГРАФИИ ОСНОВАН НА

колебании мощности тока в тканях колебании напряжения в тканях *колебания электрического сопротивления в тканях

колебании электрических потенциалов

НАЧАЛЬНЫЙ ПОДЪЕМ КРИВОЙ РЕОГРАММЫ

*анакрота катакрота диокротический подъем переходная часть от анакроты к катакроте

РЕОГРАФИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ОТРАЖАЕТ

пульсовое кровенаполнение *объемный кровотока абсолютные величины кровообращения скорость кровотока

ОТНОШЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ АМПЛИТУДЫ РЕОГРАФИЧЕСКОЙ ВОЛНЫ НА УРОВНЕ ИНЦИЗУРЫ К МАКСИМАЛЬНОЙ АМПЛИТУДЕ – ЭТО

реографический индекс реографический коэффициент

*диокротический индекс диастолический индекс

ОТВЕДЕНИЕ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕЕ ИНФОРМАЦИЮ О ГЕМОДИНАМИКЕ В СИСТЕМЕ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

фронтальная мастоидальная *опистомастоидальная битемпоральная бимастоидальная

ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НА РЭГ ЯВЛЯЕТСЯ

заострение вершины основной волны

выраженные дополнительные волны *аркообразная форма кривой глубокая инцизура на катакроте

В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НА ЭЭГ НАБЛЮДАЕТСЯ

альфа-ритм сниженной реактивности вытеснение альфа-ритма бета ритмом и низкоамплитудной тета-активностью *превышение амплитуды тета- и дельта-активности над фоновой альфа-активностью

изменение зонального распределения альфа-ритма замещение бета-активности в лобных областях тета-волнами.

МАГИСТРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

*острой вершиной в систолу, обратным кровотоком в период ранней диастолы и кровотоком в период поздней диастолы

снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока

однонаправленным кровотоком в систолу и диастолу

КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЙ ТИП КРОВОТОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

расширением спектра кровотока в систолу, отсутствием обратного кровотока в диастолу

*снижением и закруглением систолического пика, замедленным подъемом и спадом кривой скорости кровотока

реверсией кровотока в раннюю систолу.

ПРОЛОНИРОВАННЫМИ СЧИТАЮТСЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ БОЛЕЕ

10 мм * 15 мм

20 мм 30 мм

АНЕВРИЗМЫ- ОГРАНИЧЕННОЕ ИЛИ ДИФFUЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ СОСУДА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЕГО ДИАМЕТРА НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ В

1,5 раза*2 раза3 раза4 раза

ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЫ ОТ ИСТИНОЙ АНЕВРИЗМЫ

наличие пристеночного тромбаотсутствие пульсациистенками являются окружающие сосуд ткани

сопутствующий атеросклероз

В КАЧЕСТВЕ НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ АД В ПЕРИОД БОДРСТВОВАНИЯ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ДАВЛЕНИЕ МЕНЕЕ

*135/85 мм.рт.ст

140/90 мм.рт.ст110/70 мм.рт.ст120/80 мм.рт.ст

МАКСИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА ДЛЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

40 мм рт. ст50 мм рт. ст*56 мм рт. ст

60 мм рт. ст

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СМАД ИНДЕКС ВРЕМЕНИ – ЭТО

*процент времени, в течение которого АД превышает пороговый уровень в отдельный временной интервал

величина утреннего подъема АДпроцент измерений, при которых значения АД превышают пороговый уровень в отдельный временной интервал

степень ночного снижения АД

СУТОЧНЫЙ ИНДЕКС - ЭТО

*степень ночного снижения АДстепень дневного снижения АДпроцент удачных измерений АД за суткипроцент измерений, при которых АД не превышает пороговый уровень в определенные промежутки времени

Ультразвуковая диагностика

ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ О КРОВОТОКЕ В ОПРЕДЕЛЕННОМ ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ УДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

*импульсного режима доплерографии

непрерывного режима доплерографии

ПРЕИМУЩЕСТВОМ НИЗКОЧАСТОТНОГО ДАТЧИКА ЯВЛЯЕТСЯ

*высокая проникающая способностьвысокая разрешающая способностьдлинная ближняя зонаналичие множественной фокусировки

В НОРМЕ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ

только внепеченочные желчные ходы*внепеченочные желчные ходы, долевые желчные ходывнепеченочные, долевые и сегментарные желчные ходывнепеченочные, долевые, сегментарные и субсегментарные желчные ходы

НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТ БРЮШНОЙ АОРТЫ ОТХОДЯТ СОСУДЫ КРОМЕ

*селезеночная артериячревный стволверхняя брыжеечная артерияпочечная артерия

АКУСТИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПНЕВМОБИЛИИ ВЫГЛЯДИТ КАК

*цепочка гиперэхогенных сигналов с комет-эффектом

зона рассеивания ультразвука с нечеткими контурами

гиперэхогенные эхосигналы с акустическими тенями

Вопрос: ПРИЧИНОЙ ГЕПАТОФУГАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

обеднение кровотока в воротной вене*высокое капиллярное сопротивление в синусоиде
наличие портокавального анастомоза

ПРОСВЕТ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ЧАСТИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В НОРМЕ

до 8 мм*до 14 ммдо 17 ммдо 20 мм

ДЛЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

увеличение размеров печени*неровный, бугристый контурравномерное повышение
эхогенности паренхимы

трудная дифференциация от окружающих тканей

БОЛЕЕ ЧАСТО ВСТЕЧАЮЩИЙСЯ ТИП РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*дополнительное неоднородное образование пониженной эхогенности с нечеткими
контурами

образование повышенной эхогенности с анэхогенным венчикоманэхогенное образование с
толстой неровной капсулой

ПРИ УЗИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСШИРЕН,
УВЕЛИЧЕН ПРОСВЕТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА, ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ, ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. МОЖНО ДУМАТЬ О

блоке на уровне соединения пузырного и печеночного протоков

*блоке на уровне Фатерова соскадискинезии желчевыводящих путей

ХВОСТАТАЯ ДОЛЯ ПЕЧЕНИ РАСПОЛОЖЕНА

слева от круглой связки печеникпереди от ворот между желчным пузырем и круглой связкой

*кзади от ворот печени

ПРИ ОБСТРУКЦИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРОИСХОДИТ

одномоментное расширение всех желчных ходоврасширение вначале внутripеченочных
желчных ходов, а затем внепеченочных*расширение вначале внепеченочных, а затем
внутripеченочных желчных ходов.

ПРИ II СТ. ПОВЫШЕНИЯ КОРТИКАЛЬНОЙ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧКИ ПО NRISAK

эхогенность коркового слоя ниже эхогенности печениэхогенность коркового слоя равна
эхогенности печени*эхогенность коркового слоя выше эхогенности печени, но ниже
эхогенности почечного синуса

эхогенность коркового слоя равна эхогенности синуса

ПРИ ВНЕПОЧЕЧНОМ ТИПЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛОХАНКИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА НАБЛЮДАЕТСЯ

значительное расширение чашечек и лоханки*выраженная пиелозктазия без существенного
расширения чашечекрасширение лоханки незначительное, выражен гидрокаликоз со
сдавлением паренхимы

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ПИОНЕФРОЗА

почка увеличена, контуры бугристые, неоднородна структура паренхимы, ЧЛС не расширена

*почка увеличена, ЧЛС расширена с дополнительными облаковидными сигналамипочка
увеличена, паренхима утолщена,почечный синус сдавлен

АНГИОМИОЛИПОМА ПОЧКИ ПРИ УЗИ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ

*округлого эхогенное образования с четкими контурами

небольшого образования по эхогенности близкого к паренхиме почки и изменяющего ее
контурнебольшого округлого образования по эхогенности несколько ниже эхогенности
коркового слоя

ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПОЧЕК ПРИ РЕНАЛЬНО И ПРЕРЕНАЛЬНОЙ

ФОРМЕ ОПН ХАРАКТЕРНО

*увеличение почек в объеме, повышение эхогенности коркового слоя, увеличение пирамид
увеличение почек в объеме, понижение эхогенности паренхимыувеличение почек в размере
за счет расширения ЧЛС, паренхима сдавлена, повышенной эхогенности

ДЛЯ АЛЬВЕОКОКОЗА ХАРАКТЕРНО

*отсутствие капсулы, инфильтративное распространение, отсутствие кровотокаплотная,
кальцинированная капсула с пристеночными зонами высокого кровотока

тонкая, ровная капсула

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ПЕЧЕНИ ОЧАГА НИЗКОЙ ЭХОГЕННОСТИ С НЕЧЕТКИМ
ГИПЕРЭХОГЕННЫМ ВЕНЧИКОМ НУЖНО ДУМАТЬ О

*абсцессе печенигемангиомезлокачественной опухоли

КИСТЫ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ ОБРАЗУЮТСЯ ЗА СЧЕТ

обструкции ходов и ретенции желчи*пороков развития, "слабости" стенки
воспалительного процесса

ДЛЯ ПАРАПЕЛЬВИКАЛЬНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

*связь с чашечно-лоханочной системойрасположение в области лоханкиотсутствие
пиелозктазии на экскреторных урограммахоттеснение чашечек и лоханкиналичие анэхогенного
образования овальной формы с четкими контурами

ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХПН УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

*возможнаневозможनावозможна, но затруднена

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПРИ УЗИ ФОРМОЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА
ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*опухолевый тромб в нижней полой вене

метастазы в печениувеличение парааортальных лимфоузловметастазы по ходу мочеточника

ДЛЯ ФЕТАЛЬНОЙ ДОЛЬЧАТОСТИ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО СООТВЕТСТВИЕ ЗОНЫ
ВТЯЖЕНИЙ

зонам повышенной кортикальной эхогенности

*области столбов коркового слояобласти пирамидзонам понижения кортикальной
эхогенности

ДЛЯ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧКИ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

полицикличность контуровмножественные анэхогенные образования*одностороннее
увеличение почкналичие мелких точечных гиперэхогенных структур

ДВОЙНОЙ КОНТУР ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

*отеке стенки

холестерозедиффузно-инфильтративном раке

ДЛЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ БЛОКОМ ХАРАКТЕРНЫ
ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

асцит*расширение нижней полой вены

повышение эхогенности печениувеличение селезенкирасширение воротной вены

ВСЕ ТРИ АОРТАЛЬНЫЕ СТОРКИ ОДНОМОМЕНТНО ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ

в продольной левой парастеральной позицииив апикальной пятикамерной позиции*в позиции
по короткой оси через основание сердца

в супрастеральной позиции

ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К АОРТЕ РАСПОЛОЖЕНА

справа и кпереди

*слева и кпереди справа и кзади слева и кзади

МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ В ПОЗИЦИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

короткая парастернальная через основание сердца

апикальная четырехкамерная позиция*апикальная двухкамерная позицияэпигастральная четырехкамерная

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ПОЗИЦИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ПОЛУЧИТЬ ИЗОБРАЖЕНИЕ ВСЕХ 6 СЕГМЕНТОВ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

парастернальная по длинной оси*короткая ось на уровне митрального клапана

4-х камерная позиция2-х камерная позиция

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В М-РЕЖИМЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

0,60- 0,850,50- 0,65*0,55-0,750,45- 0,75

УМЕНЬШЕНИЕ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С СОСТОЯНИЯМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

сброс крови слева направо на уровне предсердийвыраженная брадикардиярезкое снижение сократительной способности миокарда

*сброс крови слева направо на уровне желудочковмитральный стеноз

ГИБРИДНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДВОЙНОГО ДОПЛЕРА E/e' ПРИ ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ В НОРМЕ ДО

*101420

САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

митральный стенозмитральная недостаточность

аортальная недостаточность*аортальный стеноз

ТРОМБЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

митральной недостаточности*митральном стенозеаортальном стенозесочетании митральной и аортальной недостаточности

ПРИ РАЗРЫВЕ ХОРД ЗАДНЕЙ СТОРОКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НАПРАВЛЕНИЕ ПОТОКА МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ

*к передней стенке

к задней стенкецентральное

ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПЛОЩАДЬ АОРТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ

*1,0 см²1,5 см²2,0 см²2,5 см²

УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ РЕГУРГИТАЦИИ НА ВДОХЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*трикуспидальной недостаточности

митральной недостаточностиаортальной недостаточности

ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

уменьшение всех камер сердца*увеличение предсердий при нормальных или уменьшенных желудочках

увеличение правых отделов сердцаувеличение всех камер сердца

МИКСОМАТОЗНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ИСТИНЫМ ПРОЛАБИРОВАНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

прогиб створок более 1,0 смтолщение створок более 5 ммсмещение точки коаптации створок в левое предсердие более, чем на 2 мм от линии фиброзного кольца

*поражение только одного сегмента створокрасширение фиброзного кольца митрального клапана

ПОЛНОЕ СМЫКАНИЕ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СРЕДИНЕ ДИАСТОЛЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

*быстром повышении давления в полости левого желудочкамитральном стенозезатруднении наполнения левого желудочка в начале диастолы

ВЫСОКОЧАСТОТНОЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПРИ

митральном стенозе*аортальной недостаточностимитральной недостаточностидефекте межжелудочковой перегородки

ДЛЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

деформация контурапарадоксальная пульсация*систолическое утолщение стенки в области аневризмы

пристеночный тромб

ПЕРЕГРУЗКА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДАВЛЕНИЕМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

*артериальной гипертензиимитральной недостаточности

митрального стеноза

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ДМПП ХАРАКТЕРНО

*отсутствие атриовентрикулярного края дефектаотсутствие нижнего края дефектацентральное расположение дефекта в области овальной ямки

АНОМАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

объемной перегрузкой левых отделов сердца*объемной перегрузкой правых отделов сердца

перегрузкой правого желудочка давлением

КОЛЛАБИРОВАНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПОСЛЕ ГЛУБОКОГО ВДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50% ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

тампонады сердца*нормального кровообращениядекомпенсации по правожелудочковому типу

констриктивного перикардита

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МИКСОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

*левое предсердиелевый желудочекправое предсердие

правый желудочек

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*нарушением строения и расположения створок трикуспидального клапана

сочетанием трикуспидальной недостаточности с ДМППналичием септального дефекта с развитием высокой легочной гипертензии

НАЛИЧИЕ ВЫСОКОГО ГРАДИЕНТА ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ЛЖ И ПЖ ПРИ ДМЖП СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

*гемодинамически небольшом дефектебольшом объеме сброса слева направоформировании высокой легочной гипертензии

ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ СУСТАВА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

сразу после рождения

в 1 месяц*в 3 месяцав 6 месяцев

В ОСНОВЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЛЕЖИТ

*нарушение энхондрального созревания компонентов сустава
нарушение пространственных взаимоотношений компонентов сустава

дислокация мягкотканых компонентов сустава

ПРИЧИНОЙ УМЕНЬШЕНИЯ РАЗМЕРОВ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

фиброз почечного синуса
резорбция почечного синуса
уменьшение количества мочи в полостной системе

*сдавление почечного синуса паренхимой
отек клетки почечного синуса

УЧАСТОК ИШЕМИЗИРОВАННОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ОТОБРАЖАЕТСЯ ЗОНОЙ

*повышенной эхогенности
сниженной эхогенности
изоэхогенной паренхиме почки

ОБЪЕМ ПОЧКИ В НОРМЕ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО СОСТАВЛЯЕТ

100 куб. см*150 куб. см
200 куб. см
300 куб. см

НАЛИЧИЕ И ФОРМА ДИСТОПИИ ПОЧКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

отсутствием визуализации почки в типичном месте
смещением почки относительно уровня реберной дуги

*уровнем отхождения почечных артерий
смещаемостью почки при глубоком дыхании

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

ангиомиолипома*рак почечной паренхимы

рак почечной лоханки
саркома почки

САМАЯ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ

печень*легкие
селезенка
головной мозг

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ЧАСТЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПРИ АНГИОМИОЛИПОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

аррозия сосудов за счет агрессивного роста опухоли

артериовенозные шунты*микроаневризмы
распад опухоли

ДЛЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ ОПУХОЛИ

латеральной надпочечника
по задней поверхности почки в область ворот*по передней поверхности почки в область ворот

краниальной и медиальной надпочечника

АНЭХОГЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ, РАСПОЛОЖЕННОЕ В ПОЛОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

кисту яичника*уретероцеле
дивертикул мочевого пузыря

ПРИ ОПН ДЛЯ КРОВОТОКА В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

равномерное снижение систолической и диастолической скорости кровотока
снижение систолической скорости кровотока с понижением индекса резистентности*снижение диастолической скорости кровотока с повышением индекса резистентности

ПАРАНЕФРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА НА 2 СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ УЗ- ПРИЗНАКАМИ

*дополнительное неоднородное образование пониженной эхогенности, ограничение дыхательной экскурсии

дополнительное анэхогенное образование с нечеткими контурами, ограничение дыхательной экскурсии

дополнительное анэхогенное образование с четкими ровными контурами

Вопрос: УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ИНФАРКТА ПОЧКИ

сегментарный очаг пониженной эхогенности с четкими контурами

*сегментарный очаг повышенной эхогенности
неоднородный очаг с нечетким наружным

контуром

Вопрос: ИНДЕКС ЦИРКУЛЯТОРНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ НА ПАРЕНХИМАТОЗНОМ УРОВНЕ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

*0,55 - 0,650,65 - 0,750,75 - 0,850,85 - 0,95

ДЛЯ КРОВОТОКА В ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ДИСТАЛЬНОЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО

повышение циркуляторного сопротивления*снижение циркуляторного сопротивленияповышение систолической скорости кровотока

КОСВЕННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ КОНКРЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

гиперэхогенный сигналрассеивание ультразвука*дистальная акустическая тень

ГОЛОВКА ПРИДАТКА ЯИЧКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

*у верхнего полюса по заднему краю нижнего полюса по заднему краю верхнего полюса по переднему краю нижнего полюса по латеральной поверхности

ПРИ ОТЕКЕ ЭХОГЕННОСТЬ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ

не изменяется

*повышаетсяснижается

ПОВЕРХНОСТНАЯ ФАСЦИЯ РАСПОЛОЖЕНА МЕЖДУ

кожей и подкожно-жировым слоем*подкожно-жировым слоем и мышцамиповерхностной группой мышц и глубокой

ДЛЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ЭХОГЕННОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ:

повышенная*пониженнаясредняя

ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ИХ ОРИЕНТАЦИЯ В ОРГАНЕ

*вертикальнаягоризонтальная

В ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ТРЕХСЛОЙНОЕ ОКРАШИВАНИЕ (BGR-СИМПТОМ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

липомы*кистыфиброаденомырака

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРОВОДИТСЯ

после 10 дня менструального цикла

после 20 дня менструального цикла

*до 10 дня менструального цикла

ОТ ДУГИ АОРТЫ В ТИПИЧНОМ СЛУЧАЕ ОТХОДЯТ КРУПНЫЕ СОСУДЫ

правая и левая общие сонные артерии , правая и левая подключичная артерии*плечеголовной ствол, левая общая сонная артерия и левая подключичная артерия

правая подключичная артерия, правая общая сонная артерия, плечеголовной ствол

ПЕРВАЯ ВЕТВЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ - ЭТО

передняя соединительная артерия

*глазная артерияповерхностная височная артерия

ПОЗВОНОЧНАЯ АРТЕРИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТХОДИТ ОТ

*подключичной артерии

плечеголовного стволадуги аорты

ПЕРЕХОДНЫЙ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

окклюзии подключичной артерии*стенозе подключичной артерии более 70%
 стенозе подключичной артерии 50 - 70%
 МНОЖЕСТВЕННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАЗЫ КРОВОТОКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 повышенного сопротивления кровотоку
 эластичной стенки сосуда*высокой жесткости сосудистой стенки

ПРИ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В НАДБЛОКОВОЙ АРТЕРИИ
 НАБЛЮДАЕТСЯ КРОВОТОК РЕТРОГРАДНОГО НАПРАВЛЕНИЯ ИЗ
 *наружной сонной артериивнутренней сонной артериивертебрально-базиллярного бассейна

В НОРМЕ НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ КРОВИ ОТТЕКАЕТ ОТ ГОЛОВЫ ПО
 позвоночным венамнаружным яремным венам*внутренним яремным венам

КРОВОТОК В НАДБЛОКОВОЙ АРТЕРИИ ОТРАЖАЕТ ИЗМЕНЕНИЯ

*в бассейне внутренней сонной артерии
 в бассейне наружной сонной артериии в вертебро-базиллярном бассейне

Дисциплина специальности

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЧАЩЕ
 ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

*пневмококк;микоплазма;стафилококк;кишечная палочка;клебсиелла.

ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ГОСПИТАЛЬНОЙ (ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ) ПНЕВМОНИИ
 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БЫВАЮТ

пневмококка;стафилококка;*клебсиеллы;хламидии;микоплазма.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ)
 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

пневмококк;микоплазма;*клебсиелла;протей;хламидия.

У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА
 ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ

пневмококком;стрептококком;кишечной палочкой;

*клебсиеллой;стафилококком.

У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ
 ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

пневмококк;клебсиелла;*пневмоциста;микоплазма;кишечная палочка.

В ОСЕННЕ-ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ПНЕВМОНИЙ, ВЫЗВАННЫХ
 пневмококком;клебсиеллой;пневмоцистой;*микоплазмой;кишечной палочкой.

Течение пневмонии определяется:

*возбудителем пневмонии;временем начала этиотропной терапии;*состоянием
 бронхов;*наличием или отсутствием болезней, снижающих реактивность организма.

ПРИ ПНЕВМОНИИ НАЗНАЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
 СРЕДСТВА

этиотропные;отхаркивающие;бронхоспазмолитические;иммуномодулирующие.*все ответы
 верны

ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
 НАДО УЧИТЫВАТЬ

давность заболевания;индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов;

сопутствующие заболевания ;*природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию.

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ

*тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции;

*смешанный характер инфекции;необходимость усиления антибактериального эффекта;*отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам-отрицательных бактерий.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
ципролет;амикоцин;*сумомед;ноर्फлоксацин;гентамицин.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МИКОПЛАЗМЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

*аминопенициллины;вильпрофен;левофлаксацин;спарфлоксацин;суммомед.

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ

при гриппе;при сахарном диабете;*у лиц пожилого возраста;при хроническом бронхите;
у пациентов стационаров.

ПРИ ДВУСТОРОННЕЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОЧАГАМИ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СОЧЕТАТЬ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

трансфузий свежезамороженной плазмы;*парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;

внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;инфузий гепарина;плазмафереза.

ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКАМИ ПНЕВМОНИИ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ

через 1 неделю после начала лечения;*через 2 дня после нормализации температуры тела;после исчезновения хрипов в легких;после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания;

после нормализации РОЭ.

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ

пенициллин;суммомед;аммоксициллин;*тетрациклин.

РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ИГРАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

*нарушение бронхиального дренажа;*гноеродная инфекция и неспорообразующие анаэробы;

*образование противолегочных антител;стафилококк и стрептококк.

ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО

хронической гнойной и анаэробной инфекции полости рта и глотки (кариес зубов, пародонтоз, тонзиллит), среднего уха, придаточных пазух носа;

аспирации содержимого полости рта и глотки при эпилепсии, алкогольном опьянении, наркомании, отравлениях и др.;

систематического переохлаждения;септикопиемии.

*все ответы верны

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;

внутривенное введение антибиотика.

ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ
 кровохарканьем и легочные кровотечениями;
 сепсисом и метастатическими абсцессами; легочно-сердечной
 недостаточностью; амилоидозом внутренних органов.*все ответы верны

ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

*возбудителей заболевания; более тяжелого течения заболевания с прогрессированием
 гнойно- некротического процесса в легких;
 преобладания воспалительно-некротических изменений в легких над деструктивными;
 частого присоединения осложнений - кровохарканья и легочного кровотечения, острого
 пиелонефрита, сердечно сосудистой недостаточности;
 отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительно-
 некротического процесса в легких.

ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. ОБЫЧНО ПРЕДЪЯВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЖАЛОБЫ

лихорадка, боли в груди; кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по
 утрам; кровохарканье, легочное кровотечение; одышка.*все ответы верны

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ

непостоянные сухие хрипы в зоне поражения; рассеянные сухие и влажные хрипы; локальные
 мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы;*локальные крупно- и среднепузырчатые хрипы,
 иногда в сочетании с сухими.

РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНАДЛЕЖИТ

клинико-рентгенологическому методу;
 бронхоскопии; ангиопульмонографии;*бронхографии.

К РАКУ ЛЕГКОГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

алкоголизм и бытовое пьянство;
 *курение; наркомания и токсикомания; хроническое переохлаждение; психо-эмоциональная
 нагрузка.

РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ

сахарным диабетом; язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;

*хроническим неспецифическим заболеванием легких; бронхиальной астмой; хроническим
 алкоголизмом.

У МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ С БЕССИМПТОМНО ПРОТЕКАЮЩИМ ЗАТЕМНЕНИЕМ В ЛЕГКИХ ВРАЧ ОБЯЗАН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ

туберкулому легкого;*периферический рак легкого;

очаговую пневмонию; пневмоцирроз.

РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

*сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови;
 легочное кровотечение; одышка и потеря массы тела; лихорадка; кровохарканье.

ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОХАРКАНИЕ ПРИ СУХОМ КАШЛЕ ЗАСТАВЛЯЕТ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПОДОЗРЕВАТЬ

пневмокониоз; кавернозный туберкулез легких;

бронхоэктатическую болезнь;*рак бронха.

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ГЛАВНОГО И ДОЛЕВОГО БРОНХА ЯВЛЯЮТСЯ

*аускультация легких и исследование мокроты на клетки опухоли;*рентгенотомографическое исследование (со срезами через корень легкого);

*бронхоскопия.ангиопульмонография.

КЛИНИЧЕСКИ САРКОИДОЗ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ

*бессимптомно;*малосимптомно;*с признаками интоксикации, кашлем, одышкой; с частыми рецидивами.

СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА ПРИ САРКОИДОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

одышкой, кашлем, лихорадкой;*лихорадкой, узловой эритемой, полиартралгией;одышкой, кашлем, увеличением периферических лимфатических узлов;лихорадкой, одышкой, увеличением внутригрудных лимфатических узлов;

одышкой, кашлем, увеличением разных групп лимфатических узлов.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И СТАДИИ САРКОИДОЗА ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

биопсии периферических лимфатических узлов, кожи, слюнных желез и других органов;

медиастиноскопии и медиастинотомии;трансбронхиальной биопсии внутригрудных лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов, легочной ткани;

открытой биопсии легких*все перечисленное

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ВЫЯВЛЕНИЯ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

рентгенография органов грудной клетки;функциональные печеночные пробы;биопсия печени;*гематологические исследования;исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

ПРИ САРКОИДОЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

*одно- или двустороннее увеличение разных групп внутригрудных лимфатических узлов при отсутствии изменений в легких;

*одно- или двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов и диссеминированные изменения в легких;

*диссеминированные изменения в легких при отсутствии увеличенных внутригрудных лимфатических узлов;

округлые тени.

УСТАНОВИТЬ ЭТНОЛОГИЮ ПЛЕВРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОМОГАЕТ

*исследование плеврального экссудата;изучение гематологических показателей;*биопсия плевры;рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

*притупление перкуторного легочного звука в области, соответствующей локализации плеврального экссудата;

*ослабление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука;

*смещение органов средостения в сторону, противоположную пораженному легкому;усиление дыхательных шумов при аускультации легких в зоне притупления перкуторного звука.

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПЛЕВРИТА ДОКАЗЫВАЕТСЯ

*обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и

мокроте;*обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биопате плевры;*обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов; наличием контакта с больным туберкулезом.

СУХОЙ ПЛЕВРИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

болью в груди;сухим кашлем;потливостью;субфебрилитетом.*все ответы верны

ТРАНССУДАТ ОТ ЭКССУДАТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ОТЛИЧАЕТСЯ

количеством жидкости;клеточным составом;наличием включений (холестериновых кристаллов и т.п.);

*содержанием белка

БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ ЭВАКУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

хронической недостаточности кровообращения;

*опухоли плевры;аденокарциномы бронха;туберкулеза легких;системной красной волчанки

НА ДОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, ЭТИОЛОГИЯ КОТОРОГО НЕ ВПОЛНЕ ЯСНА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ВАША ТАКТИКА

проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами;

госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;*немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость;

проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и наблюдение за больным.

НА ДОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, ЭТИОЛОГИЯ КОТОРОГО НЕ ВПОЛНЕ ЯСНА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

пневмоторакс;инфаркт миокарда;эмпиема плевры;*пиопневмоторакс;тромбоэмболия легочной артерии.

НА ДОМУ ДИАГНОСТИРОВАН ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, ЭТИОЛОГИЯ КОТОРОГО НЕ ВПОЛНЕ ЯСНА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ПИОПНЕВМОТОРАКС. В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

*рентгеноскопию органов грудной клетки;

электрокардиографию;плевральную пункцию;общие анализы крови и мочи;биохимическое исследование крови.

РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

при тесном контакте с больным туберкулезом;при приеме кортикостероидов и других препаратов, оказывающих иммуно- депрессивное действие;

при алкоголизме, наркомании, психических заболеваниях;при сахарном диабет.

*все ответы верны

ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

подострое начало заболевания;непостоянные влажные хрипы в зоне поражения, чаще прослушиваемые после покашливания;

умеренные токсические изменения в гемограмме и частое обнаружение мико-бактерии туберкулеза в мокроте;

выявление на рентгенограмме легких связанного "дорожкой" с корнем легкого однородного с размытыми границами участка затемнения, на фоне которого нередко определяется единичные очаговые тени, признаки распада легочной ткани "пневмонийная каверна"), а вокруг - очаги-отсевы.

*все ответы верны

РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

клинической симптоматики; данным рентгенологического исследования легких; результатам пробного лечения; *обнаружению микобактерий туберкулеза в мокроте.

ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

лихорадка неправильного типа, хорошо переносимая больным; умеренно выраженные одышка и тахикардия; небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное повышение СОЭ; частое увеличение печени и селезенки. *все ответы верны

Секция: Раздел: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Название Раздел: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*язвенной болезни; панкреатите; *калькулезном холецистите; хронический гастрит

К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ФОРМАМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ ОТНОСЯТ

*синдром Кригера-Найяра (Наджара) *синдром Ротора; *синдром Дубина (Дабина-Джонсона) постгепатитную гипербилирубинемию Калька

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

гастрина; панкреатического сока;

*холецистокинина; секретина; соляной кислоты

ИММУННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИГРАЮТ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ

*первичного билиарного цирроза печени;

*неспецифического язвенного колита; *глистеновой болезни; хронического гастрита

АКТИВНОСТЬ ТРИПСИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

перитоните; *обострении хронического панкреатита;

язвенной болезни; *остром панкреатите

КОНЬЮГИРОВАННЫЙ (СВЯЗАННЫЙ) БИЛИРУБИН ОБРАЗУЕТСЯ В КЛЕТКАХ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ФЕРМЕНТА

нуклеотидазы; лейцинаминопептидазы; кислой фосфатазы; *глюкуронилтрансфера

ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО (НЕСВЯЗАННОГО, СВОБОДНОГО) БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

гемолитической анемии; функциональной гипербилирубинемии Жильбера;

синдрома Криглера-Найяра (Наджара); талассемии.

*все ответы верны

ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ НЕКОНЬЮГИРОВАННОГО (НЕСВЯЗАННОГО,

СВОБОДНОГО) БИЛИРУБИНА ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

увеличения образования билирубина;снижения захвата билирубина печенью;дефицита глюкуронилт рансферазы в гепатоцитах;

*все ответы верны

Уробилиноген образуется в:

желудке;почках;печени;*кишечнике

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО

*некрозом гепатоцитов любой этиологии;

*травмой скелетных мышц;*инфарктом миокарда;заболеванием почек.

АКТИВНОСТЬ АЛАНИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗЫ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

*хроническом активном гепатите;*активном циррозе печени;инфаркте миокарда;*хроническом холестатическом гепатите

УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

*внутрипеченочном холе-стазе;

вирусном гепатите;*первичном раке печени;гемолитической анемии

ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

присоединении вирусного гепатита;

некрозе гепатоцитов;печеночной недостаточности;портальной гипертензии;*циррозе - раке.

ГИПОАЛЬБУМИНЕМия ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

хронического персистирующего гепатита;

*острой атрофии печени;гепатомы;*цирроза печени

ПРИЧИНОЙ ГИПОАЛЬБУМИНЕМии У БОЛЬНЫХ С ОТЕКАМИ МОГУТ БЫТЬ

заболевание печени;избыточная потеря белка через кишечник;избыточная потеря белка через почки;длительный голод*все ответы верны

ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ОБЩИХ ЛИПИДОВ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

сахарном диабете;билиарном циррозе;холестатическом гепатите;

алкоголизме.*все ответы верны

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

атеросклерозе;холестазе;сахарном диабете;гипотиреозе.*все ответы верны

ЖЕЛЧЬ ПОДВЕРГАЕТСЯ РЕАБСОРБЦИИ В

двенадцатиперстной кишке;*тощей кишке;прямой кишке;*начальном отделе толстой кишки.

ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОГО ПИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

повышение активности аланиновой аминотрансферазы;повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;

повышение активности альдолазы;повышение уровня сывороточного железа*все ответы верны

НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ПЕЧЕНОЧНОГО ПИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

*повышение активности аланиновой аминотрансферазы;повышение активности альдолазы;повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы;

гипоальбуминемия;повышение уровня сывороточного железа.

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

билирубинурия;увеличение в крови активности щелочной фосфатазы;

гиперхолестеринемия;появление желчных кислот в моче.*все ответы верны

В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

повышение активности щелочной фосфатазы крови;повышение прямого (связанного) билирубина крови;повышение холестерина;повышение активности г- ГТП (глутамилтранспептидазы)

*все ответы верны

ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ УРОБИЛИНОГЕН В МОЧЕ

*снижается;повышается;*исчезает;не изменяется

ПОЯВЛЕНИЕ БИЛИРУБИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ НА

вирусный гепатит С;*подпеченочную желтуху;гемолитическую желтуху;*паренхиматозную желтуху

РЕАКЦИЯ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ

микрорывотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки или кишечника;

микрорывотечениях из опухолей желудочно-кишечного тракта;неспецифическом язвенном колите;употреблении мяса в пищу.*все ответы верны

СНИЖЕНИЕ СТЕРКОБИЛИНА В КАЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

*паренхиматозной желтухе;

гемолитической анемии;*механической желтухе;жировом гепатозе

КРЕАТОРЕЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

*ахилии;*гнилостной диспепсии;*недостаточности внешней секреции поджелудочной железы;

хроническом холецистите

СТЕАТОРЕЯ В ВИДЕ НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

*механической желтухи;*паренхиматозной желтухи;

*хронического панкреатита;

хронического гастрита.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФИБРОЭНДОСКОПИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ

варикозное расширение вен пищевода;кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта;

дивертикул пищевода;*астматическое состояние;рак кардиального отдела желудка.

ВНУТРИВЕННАЯ ХОЛЕГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

*расширения общего желчного протока;*хронического активного гепатита;*хронического калькулезного холецистита;

болезни Жильбера.

ПЛОХО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс);холелитиаз;гемангиома печени;кисты и абсцессы поджелудочной железы;*рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).

СКАНИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНО В ДИАГНОСТИКЕ

микронодулярного цирроза печени;
гепатита;*очагового поражения печени;макронодулярного цирроза печени;застойного фиброза печени.

ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ (МЕХАНИЧЕСКОЙ) ЖЕЛТУХИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

пероральная холецистография;внутривенная холеграфия;сцинтиграфия печени;*ретроградная панкреатохолангиография;

прямая спленопортография.

БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

болезни Уиппла;глютеновой болезни;

склеродермии;болезни Крона.*все ответы верны

КОЛОНОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

неспецифический язвенный колит

рак толстой кишки;болезнь Крона;дивертикулез толстой кишки*все ответы верны

ЛАПАРОСКОПИЮ НАЗНАЧАЮТ

*при подозрении на первичный рак печени;*при подозрении на метастатический рак печени;

*для уточнения причины асцита;при подозрении на камни желчного пузыря

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

активный гепатит;*кисты поджелудочной железы;

асцит;*опухоли брюшной полости.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

ощущением комка в горле;дисфагией при употреблении жидкой пищи;дисфагией при употреблении плотной пищи;

постоянной дисфагией*все ответы верны

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

нарушение иннервации пищевода;рефлекторное влияние с соседних органов;заболевания центральной нервной системы;инфекционные заболевания (ботулизм, дифтерия)

*все ответы верны

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА ОБУСЛОВЛЕНА

эрозивным эзофагитом;язвой пищевода;расстройством нервного аппарата пищевода;

неврозами.*все ответы верны

ГИПОКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

гипотонии пищевода;атонии пищевода;ахалазии кардии;укорочения пищевода.

ДИСФАГИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

грыже пищеводного отверстия диафрагмы;

ахалазии кардии;склеродермии;раке пищевода

*все ответы верны

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*рентгенологический метод;

*эзофагоскопия;*эзофаготономография;фармакологические пробы.

ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ПОКАЗАНО

- *щадящая диета;*приподнятый головной конец кровати;
- *холиномиметические средства;спазмолитические средства.

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. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИСФАГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*идиопатическая гиперкинезия пищевода;рак пищевода;пептическая язва пищевода;аксиальная (скользящая) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;герпетическое поражение пищевода

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. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИСФАГИИ ЯВЛЯЕТСЯ: ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ГИПЕРКИНЕЗИЯ ПИЩЕВОДА. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГОЙ ПАТОЛОГИИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- *общий анализ крови;*рентгеноскопию пищевода и желудка;
- *эзофагогастроуденоскопию;компьютерную томографию

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. ОСНОВНЫМИ УСЛОВИЯМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЮТСЯ

исследование пищевода в положении стоя;исследование пищевода в положении лежа;

исследование с густой бариевой взвесью;исследование с жидкой бариевой взвесью*все ответы верны

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. БОЛЬНОЙ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- жидкое питание;*лечение невроза;вяжущие и обволакивающие средства;
- физиотерапию;витаминотерапию.

ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, КРОВАВАЯ РВОТА НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- язвы желудка;грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- варикозного расширения вен;язвы двенадцатиперстной кишки;*дивертикула пищевода.

СИМПТОМАМИ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ ЭЗОФАГОГА-СТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- *рвота "кофейной гущей" или свежей кровью;

*ухудшение общего состояния больного;*ухудшение показателей гемодинамики;снижение уровня гемоглобина.

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМЫ:

медиастиноскопия;рентгенография пищевода;рентгенография грудной клетки;
эзофагоскопия*все ответы верны

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ

*недостаточностью кардии;*рефлюксом желудочного содержимого в пищеводе;

*пептическим эзофагитом;спазмом пищевода

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:

*аксиальную грыжу пищевода и рефлюкс-эзофагит

рак пищевода;бронхиальную астму;хронический гастрит;ахалазию кардии

ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕЙ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН:

атропин;платифиллин;но-шпа;*перукал;седуксен.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВКЛЮЧАЕТ

режим питаниярежим трудаборьбу с запорамисон с приподнятым изголовьем

*все ответы верны

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЙ СЕРДЦА И ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ

*эзофагоскопия кимоззофагография*электрокардиографияприем антацидов

ПРИ ПСЕВДОКОРОНАРНОМ (ЭЗОФАГАЛЬНОМ) СИНДРОМЕ БОЛЬ КУПИРУЕТ

нитроглицерин;*изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное);

транквилизаторы;холинолитики;спазмолитики.

СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА

*пептической язвой пищевода; да обычно обусловлена:хронической пневмониейязвенной болезнью;катаральным рефлюкс-эзофагитом;ущемлением грыжи пищевода и отверстия диафрагмы.

ПЕПТИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ (РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ) ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБРОСА В ПИЩЕВОД

*желудочного сока;кишечного содержимого;

*желчи;трипсина.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ВКЛЮЧАЮТ

*рефлюкс желудочного содержимого в пищевод;

*воспаление дистальной части пищевода;*недостаточность кардии (ахалазия);спазм пищевода.

ДЛЯ КАРДИАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ХАРАКТЕРНО

*боли за грудиной;*страх смерти;*связь боли с положением тела;пароксизмальная наджелудочковая тахикардия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭРОЗИВНОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ

рак пищевода;*изъязвления;стриктура пищевода;

*микроворотечения

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И СТЕНОКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЕТСЯ

нитроглицерин;пищевая сода;электрокардиография;эзофагоскопия*все ответы верны

ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

вяжущие и обволакивающие средства;

церукал (реглан);подъем головного конца кровати;частое дробное питание*все ответы верны

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЮТ

дробное питание;*психотерапию;физиотерапию;*рефлексотерапию

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОТНОСЯТСЯ

анализ желудочного сока;гастроскопия;рентгеноскопия желудка;морфологическое исследование слизистой оболочки желудка

*все ответы верны

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

язвенной болезнью желудка;раком желудка;хроническим панкреатитом;хроническим холециститом.*все ответы верны

К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

хронический атрофический гастрит с секреторной недостаточностью;

полип желудка на широком основании;полипоз желудка;Аутоимунный гастрит.*все ответы верны

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ВКЛЮЧАЕТ

вяжущие и обволакивающие средства;

метилурацил;витамины;заместительную терапию.*все ответы верны

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ НАЗНАЧАЮТ

*витамины;анаболические стероидные гормоны;

*рибоксин;ферментные препараты.

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ

*де-нол;*метронидазол;*ампициллин;ранитидин

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРИТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

аутоимунном гастрите;полипозе желудка;геморрагическом гастрите;

эозинофильном гастрите*все ответы верны

ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРИТОВ ОСНОВАНА НА

правильном режиме и характере питания;устранении профессиональных вредностей;отказе от алкоголя;лечении заболеваний, приводящих к хроническому гастриту

*все ответы верны

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ
алкоголь; никотин; нарушение питания; эмоциональные стрессы.

*все ответы верны

ИЗ МЕСТНЫХ МЕХАНИЗМОВ УЛЬЦЕРОГЕНЕЗА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ
моторно-эвакуаторным нарушениям; кислотно-пептическому фактору; состоянию защитного
слизистого барьера;
обратной диффузии ионов водорода. *все ответы верны

К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ
ЯЗВЫ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ ОТНОСЯТСЯ
кислотно-пептический фактор; ускоренная эвакуация; "кислые" стазы в двенадцатиперстной
кишке;
хеликобактерпилори *все ответы верны

К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ
В АНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ
дуоденогастральный рефлюкс; хеликобактерпилори; антральный гастрит; высокая
кислотообразующая функция желудка. *все ответы верны

ИНФЕКЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ
*язвы пилороантрального отдела желудка; язвы кардиального отдела желудка; *язвы луковицы
двенадцатиперстной кишки;
эрозивного дуоденита
МЕХАНИЗМ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ В
ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕН
кислотно-пептическим фактором; спазмом пилорoduodenальной зоны; повышением давления в
желудке и двенадцатиперстной кишке;
периульцерозным воспалением *все ответы верны

ЗАПОРЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВОЗНИКАЮТ В СЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ
щадающей диеты; постельного режима; повышения тонуса блуждающего нерва;
медикаментозной терапии. *все ответы верны

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ РЕДКО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ
НАСТУПАЮТ
1-2 раза в 2-3 года; 2 раза в год; 3 раза в год;
*1 раз в 5 лет; не наступает вообще.

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ
ОБОСТРЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ
1 раз в год; *4 и более раз в год; 2 раза в год; *периодов ремиссии не существует

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО
"голодные" боли в эпигастриальной области;
ночные боли; изжога; хронический гастродуоденит *все ответы верны

ДЛЯ ПОСТБУЛЬВАРНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО

боли через 3-4 часа после еды; боли с иррадиацией в левое и/или правое подреберье;
"пульсирующие" боли; кровотечения. *все ответы верны

ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ
рвота желчью; урчание в животе; резонанс под пространством Траубе; *шум плеска через 3-4
часа после приема пищи; видимая перистальтика.

ПОДТВЕРДИТЬ ПЕНЕТРАЦИЮ ЯЗВЫ МОЖЕТ

уменьшение ответной реакции на антациды; появление болей в спине; усиление
болей; изменение характерного ритма язвенных болей.

*все ответы верны

БОЛЬНОЙ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ
ЯЗВЫ В ЖЕЛУДКЕ, ОБРАТИЛСЯ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ТОШНОТУ, ПОТЕРЮ
АППЕТИТА, ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ. В
ДАННОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ДУМАТЬ О СЛЕДУЮЩЕМ ОСЛОЖНЕНИИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ

стенозе выходного отдела желудка; *малигнизации язвы; пенетрации язвы; микрокровоотечении
из язвы; перфорации язвы.

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

*органическом стенозе пилорoduodenальной зоны;

функциональном стенозе; малигнизации язвы; пенетрации язвы; перфорации язвы.

ОСНОВНЫМИ ОТЛИЧИЯМИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЯВЛЯЮТСЯ

локализация язвы; величина язвы; *отсутствие хронического рецидивирующего течения;
кровотечение; частая пенетрация.

ИЗ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ
МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

гастроцепин; ранитидин; циметидин; вентер. *все ответы верны

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ
МОГУТ БЫТЬ

запоры; замедление опорожнения желудка; гипокINETическая дискинезия желчного пузыря
атропинорезистентная гиперхлоридгидрия *все ответы верны

ТЕРАПИЯ ГЕЛЕМ АЛЮМИНИЯ НЕ РЕДКО ВЫЗЫВАЕТ

гиперкальциемию; гипокальциемию; гиперфосфатемию; *гипофосфатемию

ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОБЛАДАЮТ

*де-нол; солкосерил; *сукральфат; витамины группы

ИЗ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ИСПОЛЬЗУЮТ

рефлексотерапию; магнитотерапию; гипербарическую оксигенацию;

лазеротерапию*все ответы верны

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО АДЕКВАТНОГО КУРСА ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЮТ

продолжение поддерживающей терапии в течение трех месяцев с назначением в последующем курсов противорецидивной терапии осенью и весной;

продолжение поддерживающей терапии в течение шести месяцев;продолжение поддерживающей терапии в течение всего года;прекращение лечения;*направление больного на санаторно-курортное лечение.

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

продолжение прежнего лечения;внесение коррекции в лечение;*проведение эндоскопии; с прицельной биопсией и гистологическим исследованием;

постановка вопроса о хирургическом лечении;перерыв в лечении.

К СИМПТОМАТИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ ЯЗВАМ ОТНОСЯТСЯ

стрессовые;эндокринные;медикаментозные;язвы при патологических состояниях других внутренних органов.

*все ответы верны

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ЯЗВЫ ВЫЗЫВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

кортикостероидами;ацетилсалициловой кислотой;

индометацином;резерпином.*все ответы верны

К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ

демпинг-синдром;гипогликемический синдром;постгастрорезекционная дистрофия;функциональный синдром приводящей петли.

*все ответы верны

К ОРГАНИЧЕСКИМ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ синдром приводящей петли;деформация и сужение анастомоза;острый (хронический) холецистопанкреатит;

пептическая язва культи желудка или анастомоза

*все ответы верны

ДЛЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПО СИМПАТИКОАДРЕНАЛОВОМУ ТИПУ, ХАРАКТЕРНО

*слабость после приема пищи;*головные боли, головокружение;*повышение артериального давления;

брадикардия.

ДЛЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ, ХАРАКТЕРНО

*сонливость и слабость после еды;*диспептический синдром;*понижение артериального давления;

тахикардия.

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ
молочных блюд;жидких каш;сладких блюд;вино-водочных изделий.

*все ответы верны

ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТ

*антихолинергические средства;диету с высоким содержанием углеводов;
диету с большим количеством жидкости;диету с высоким содержанием жиров;антациды.
В МОМЕНТ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА НЕОБХОДИМО
уложить больного;назначить новокаин, анестезин;
назначить холинолитики;назначить гастропепин.*все ответы верны

ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ ПО СИМПАТИКОАДРЕНАЛОВОМУ
ТИПУ, МОЖНО НАЗНАЧАТЬ

симпатолитические средства;холинолитические средства;транквилизаторы;местно
анестезирующие средства*все ответы верны

ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ,
ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

*беллоид;супрастин;*холинолитики;резерпин, исмелин
ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО
сонливость через 2-3 часа после еды;чувство голода;сердцебиение,
головокружение;схваткообразные боли в эпигастрии*все ответы верны

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОЙ
ДИСТРОФИИ

диарея;резкое похудание;гиповитаминоз;анемия.*все ответы верны

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОЙ ДИСТРОФИИ ВКЛЮЧАЕТ

диетотерапию;заместительную терапию (ферментами);парентеральное
питание;витаминотерапию.*все ответы верны

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ АНАСТОМОЗА НАЗНАЧАЮТ
щадящую диету;алмагель;гастроцепин;репаратанты.*все ответы верны

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДУОДЕНОСТАЗА ХАРАКТЕРНО

*постоянные боли в пилородуоденальной зоне;
*рвота;*тошнота;иррадиация боли в правое и левое подреберья.
ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ДУОДЕНОСТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ
*рентгеноскопия;гастроскопия;*баллонный метод исследования моторики;
компьютерная томография.

В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ВАЖНОЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ
инфекционные факторы;токсические факторы (в том числе алкоголизм);
токсикоаллергические факторы;недостаточность кровообращения.*все ответы верны

ПРИЧИНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ БЫТЬ

беременность;сахарный диабет;лечение кортикостероидами;
голодание.*все ответы верны

ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА,

ЯВЛЯЕТСЯ

увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;
билирубинурия;увеличение активности трансаминаз;ретикулопитоз;гипоальбуминемия.

ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРНО

увеличение в крови неконъюгированного (несвязанного) билирубина;нормальная активность сывороточной щелочной фосфатазы;нормальная активность сывороточных трансаминаз и g-глутамилтранспептидазы;

ретикулопитоз.

*все ответы верны

УРОВЕНЬ КОНЪЮГИРОВАННОГО (СВЯЗАННОГО) БИЛИРУБИНА В КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ

синдроме Ротора;синдроме Дабина-Джон-сона;хроническом активном гепатите;первичном билиарном циррозе печени

*все ответы верны

ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ИМЕЕТ МЕСТО

ретикулопитоз;повышение неконъюгированного (несвязанного) билирубина;

спленомегалия;гиперплазия костного мозга.*все ответы верны

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УКАЗЫВАЕТ НА

микронодулярный цирроз;холестаз;*вирусный гепатит;первичный билиарный цирроз; аминазиновую желтуху.

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БИЛИАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ

желтуха;кожный зуд;ксантелазмы;высокий уровень активности щелочной фосфатазы сыворотки крови.

*все ответы верны

ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕР-СПЛЕНИЗМА, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ, ХАРАКТЕРНО

гранулоцитопения;тромбоцитопения;геморрагический синдром;

анемия.*все ответы верны

СОЧЕТАНИЕ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО И МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

острого вирусного гепатита А;острого вирусного гепатита В;*хронического активного гепатита;хронического персистирующего гепатита;

гемохроматоза.

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АКТИВНОМ ГЕПАТИТЕ С СИНДРОМОМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРОГНОСТИЧЕСКИ ОПАСНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

снижение содержания эритроцитов;*снижение содержания тромбоцитов до $50-30 \times 10^9/\text{л}$;лейкопения;отсутствие эффекта при суточной дозе преднизолона 15-20 мг;

лимфопения

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА "В" ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНИТЬ

делагил;кортикостероиды;легален;*реоферон;эссенциале.

ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

вторичный билиарный цирроз;хронический активный гепатит;*хронический аутоиммунный гепатит;

новообразования печени;жировой гепатоз.

ГЛАВНЫМ МЕСТОМ МЕТАБОЛИЗМА АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

жировая ткань;почки;*печень;головной мозг;желудочно-кишечный тракт.

ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ ВОЗМОЖНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

*повышенная мобилизация жирных кислот из жировой ткани;

*увеличение синтеза жирных кислот в печени;*уменьшение выделения жиров печенью;некроз гепатоцитов.

ХРОНИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИВОДИТ К

*жировой дистрофии;*хроническому персистирующему и активному гепатиту;

*циррозу печени;холангиту.

БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОКАЗАНА ДИЕТА С

*общий полноценный рацион;

преобладанием углеводов;преобладанием белков;преобладанием жиров;преобладанием железа.

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

преднизолона;азатиоприна;*эссенциале;фестала;холензима.

ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

гипоальбуминемия;*спленомегалия;желтуха;*варикозное расширение вен пищевода.

ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

некроз;фиброз;*жировая дистрофия;регенерация;перестройка архитектоники печени.

ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

снижение зрения;увеличение околоушных желез;

ригидность ушных раковин;высокое небо;*контрактуры Дюпюитрена.

НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ ФИЗИКАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

пальпируемая печень;асцит;*желтуха;пальпируемая селезенка;сосудистые звездочки.

ХАРАКТЕРНОЙ ЧЕРТОЙ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

злокачественное клиническое течение;выраженная гепатомегалия;*желтуха немеханической природы;повышение сывороточных липидов:повышение активности аминотрансфераз.

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

*вирусный цирроз печени с холестазом;*хронический склерозирующий холангит и перихолангит;

*механическую желтуху;болезнь Жильбера.

ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокая активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;

*желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;

желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увелич.активность тран-саминаз, гипер-g-глобулинемия, полож. реакция на антитела к гладкой мускулатуре

желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;

желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот. мягкий, лейкоцитоз

ОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;

желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;

желтуха,гепатоспленомегалия,умеренно увел.активность трансаминаз гипер-g-глобулинемия,полож.реакция на антитела к гладкой мускулатуре

желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;

*желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

ХРОНИЧЕСКОМУ АКТИВНОМУ ГЕПАТИТУ СООТВЕТСТВУЕТ СИМПТОМОКОМПЛЕКС

желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;

желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;

*желтуха,гепатоспленомегалия,умеренно увел.активность трансаминаз, гипер-g-глобулинемия,полож.реакция на антитела к гладкой мускулатуре

желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;

желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз

ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

*D-пеницилламин;

кортикостероиды;*холестирамин;фестал.

В РАЗВИТИИ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ИМЕЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

портальная гипертензия;гипоальбуминемия;увеличение продукции печеночной лимфы;увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина.

*все ответы верны

ДЛЯ АСЦИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

*одышки при физической нагрузке;

*снижения суточного диуреза;*увеличения веса;диарея.

У БОЛЬНЫХ С АСЦИТОМ ПАРАЦЕНТЕЗ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

*диагностических целей *компенсации дыхательных расстройств

*быстрого устранения асцитауменьшения портальной гипертензии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПАРАЦЕНТЕЗА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И АСЦИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

*лихорадка;*нарастание симптомов печеночной энцефалопатии;

*синдром гиперспленизма;постинфарктный кардиосклероз.

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДИУРЕТИКАМИ НЕ

ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

гиповолемия;*гипокалиемия;*гиперкалиемия;*азотемия.

РАЦИОНАЛЬНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 5 гограничение суточного потребления жидкости до 1 литра, если содержание натрия в сыворотке больше 130 ммоль/л
увеличение суточного диуреза;применение внутрь от 100 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза.

*все ответы верны

ПРИ ВЕНОЗНОМ ЗАСТОЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, В ПЕЧЕНИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

перипортальное воспаление;ступенчатые некрозы;фокальные некрозы;*центролобулярные некрозы

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

*массивного некроза клеток печени;обширного фиброза;нарушения микроциркуляции в печени с тромбообразованием;

сопутствующей почечной недостаточности;холангита

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА БЫВАЕТ ОСЛОЖНЕНИЕМ

острого гепатита;цирроза печени;токсического гепатита;лекарственного гепатита

*все ответы верны

ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ РАЗВИТИЮ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРЕДШЕСТВУЕТ

*лихорадка;*желудочно-кишечные кровотечения;

*белковая нагрузка на организм;гиподинамия.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

*гипокинетическую форму;*гиперкинетическую форму;

*смешанную форму;нормокинетическую форму.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*коликообразными или схваткообразными болями;*болью, появляющейся через 1-2 часа после еды, обычно иррадиирующей в правую лопатку, ключицу, нередко - в поясницу и подложечную область;

*сокращением желчного пузыря и ускоренным его опорожнением, выявленными при рентгенологическом исследовании;

частым сочетанием с хроническим панкреатитом.

ГИПОКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*ноющими болями в правом подреберье;*удлинением, расширением, замедленным опорожнением желчного пузыря, выявленных при рентгенологическом исследовании

*частым сочетанием с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом;

частым сочетанием с хроническим гепатитом.

ДИАГНОЗ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

*клинических данных;*данных пятифазного дуоденального зондирования;

*рентгенологических данных;результатах компьютерной томографии.

В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИ-НЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

ИСПОЛЬЗУЮТ

H₂-блокаторы гистамина;сукралфат и его аналоги;*спазмолитические средства;беззондовые тюбажи;хирургическое лечение.

В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

*холекинетики;спазмолитики;хирургическое лечение;
антациды;ферменты.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

*количественные и качественные отклонения в режиме питания;*моторно-секреторные нарушения в системе желчного пузыря и желчных путей;

*инфекция;курение.

К ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНЬЯМ РАЗВИТИЯ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОТНОСЯТСЯ

*панкреатопузырный рефлюкс;*стаз желчи;*изменение соотношения давления в панкреатическом и общем желчном протоке;

дуоденогастральный рефлюкс

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ВЫЗЫВАЕТСЯ

*спазмом мускулатуры желчного пузыря;*растяжением стенки желчного пузыря или протоков;

*повышением давления в желчевыводящей системе;инфекцией.

К "ПУЗЫРНЫМ" СИМПТОМАМ ОТНОСЯТСЯ

симптом Поргеса;симптом Мейо-Робсона;симптом Ортнера;симптом Образцова.*все ответы верны

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ

холангитом;холелитиазом;водянкой желчного пузыря;

перитонитом.*все ответы верны

К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА ОТНОСЯТСЯ

диетотерапия;фармакотерапия;физиотерапия;санаторно-курортное лечение.

*все ответы верны

В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

но-шпа;эуфиллин;ганглерон;промедол.*все ответы верны

К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

*холензим;*аллохол;*оксафенамид;олиментин.

К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

*холагол;*ровахол;*сорбит;аллохол.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

левомицетин;*фуразолидон;канамицин;невиграмон;энтеросептол.

В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТАХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

*антибиотики широкого спектра действия;

препараты фурадонинового ряда;препараты налидиксовой кислоты;сульфаниламидные препараты;аминогликозиды.

ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЗВЕНЬЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

нарушение метаболизма холестерина и билирубина;

изменение рН желчи;холестаз;продукция печеночной клеткой литогенной желчи.*все ответы верны

ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЕТ МЕСТО

*снижение соотношения желчных кислот и холестерина;
снижение уровня билирубина желчи;повышение уровня желчных кислот;повышение уровня лецитина;снижение уровня белков желчи.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

дуоденальное зондирование;*внутривенную холеграфию;обзорную рентгенографию органов брюшной полости;

*ультразвуковое исследование.

ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

*острой болью;*рвотой;*лихорадкой;диареей.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЕНТИЛЬНОГО КАМНЯ В ПУЗЫРНОМ ПРОТОКЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

*кратковременными болями;*переполнением и растяжением желчного пузыря;

*повторяющейся кратковременной желтухой;постоянной тошнотой

РАСТВОРЕНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ВЫЗЫВАЮТ

*хенофальк;холестирамин;*урсофальк;олиментин

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ

холевую кислоту;*хенодзоксихолевую кислоту;

литохолевую кислоту;граурохолевую кислоту;дегидрохолевую кислоту.

ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ

*растворения холестерина конкрементов в желчном пузыре;

снижения уровня холестерина в сыворотке крови;улучшения утилизации жиров в кишечнике;улучшения утилизации углеводов в кишечнике;повышения тонуса желчного пузыря.

ПОКАЗАНИЯМИ К ЛИТОТРИПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*одиночные камни;*камни диаметром менее 2 см;*холестериновые камни;желтуха.

К ПРИЧИНАМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ

ошибки предоперационной диагностики;

технические дефекты операции;наличие осложнений;сопутствующие заболевания.*все ответы верны

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО

рентгенологический метод исследования;*эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография;

эхография;фракционное дуоденальное зондирование;радиорентгенохромодиагностика.

В ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИМЕНЯЮТСЯ

но-шпа;левомицетин;тазепам;холагол.*все ответы верны

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАПРАВЛЕНО НА

устранение дискинезии;усиление желчеотделения;подавление инфекции;ликвидацию холестаза*все ответы верны

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенологический;ультразвуковой;биохимический;*компьютерная томография.

СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ВЫДЕЛЯЮТ болевую форму; хроническую рецидивирующую форму; безболевую форму; псевдоопухолевую (гиперпластическую) форму.

*все ответы верны

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

развитие сахарного диабета; *снижение функции внешней секреции (гипоферментемия); желтуха; повышение активности аминотрансфераз; гепатомегалия.

БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ЛАТЕНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОКАЗАНО:

общий полноценный рацион; диета с преобладанием жиров; диета с преобладанием углеводов; *умеренная углеводно-белковая диета; диета с повышенным содержанием железа.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ РЕМИССИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

кортикостероиды; контрикал (трасилол); ферментные препараты;

*диета; спазмолитики.

ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧИТЬ

баралгин; контрикал (трасилол) либо гордокс; жидкие антациды; блокаторы H₂-рецепторов гистамина.

*все ответы верны

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ФАЗЕ ВЫРАЖЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ С СИНДРОМОМ "УКЛОНЕНИЯ ФЕРМЕНТОВ" ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЮТ НАЗНАЧЕНИЕ

*М-холиноблокатора гастропепина; *альмагеля в больших количествах; *антиферментного препарата трасилола или контрикала;

ферментных препаратов

ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

чаще локализуются в левом подреберье; чаще локализуются в верхней половине живота; носят опоясывающий характер, усиливаются в положении на спине;

чаще локализуются в правом подреберье.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

*экзокринная недостаточность поджелудочной железы;

перитонит; псевдокисты; асцит; опухоль поджелудочной железы.

ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ

белковая; углеводная; жировая; *голод; белково-углеводная.

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

*поносы; *нарушение электролитного состава крови;

*снижение веса; асцит.

ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ

креаторея; жирных кислоты; внутриклеточный крахмал;

внеклеточный крахмал *все ответы верны

К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА ОТНОСЯТСЯ
анемия гипохромного характера;анемия гиперхромного характера;
дисбактериоз;остеопороз;*все ответы верны

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

поносы;боли в костях;дефицит веса и общая слабость;анемия*все перечисленные

БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА, В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОКАЗАНО
СЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

*диета;антибактериальные препараты целенаправленного действия;внутривенное введение
солевых и дезинтоксикационных растворов;

биологические препараты.

БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ПРИ НАЛИЧИИ
ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

*биологическими препаратами;антиферментными препаратами;*препаратами ферментного
действия;

спазмолитиками

НОРМАЛИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПОНОСАХ СПОСОБСТВУЮТ
СЛЕДУЮЩИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ

картофель;*плоды черемухи;грецкие орехи;*черника.

ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ФЕРМЕНТНОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

холензим;панкреатин;мезим форте;фестал.*все ответы верны

ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ
ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЮТ

мыльную стеаторею;йодофильную флору;*отсутствие элементов воспаления;большое
количество лейкоцитов;мышечные волокна без исчерченности.

В ТЕРАПИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ВКЛЮЧИТЬ

семя льна;*пшеничные отруби;

сок капусты;чернику;морковь.

ОБОСТРЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО
С

прекращением поддерживающей терапии сульфасалазином;

беременностью;нарушением диеты;интеркуррентной инфекцией*все ответы верны

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО
ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

*кишечные кровотечения;

*боли в животе;*поносы;перианальные абсцессы

ВНЕШНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО
КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

артрит;поражение кожи;поражение печени;

тромбофлебит.*все ответы верны

ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

увеличение диаметра кишки;множественные гаустрации;картина "булжистой"

мостовой"; мешковидные выпячивания по контуру кишки; *изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ПОРАЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

гиперемия и отек слизистой оболочки; контактная кровоточивость; сужение просвета кишки и ее ригидность; поверхностные дефекты слизистой оболочки

*все ответы верны

В ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

*колоноскопия; анализ кала на скрытую кровь;

*ирригоскопия; физикальное обследование

В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ДОСТОВЕРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

щадящая диета; *прием сульфасалазина в дозе 1 -2 г в сутки; ограничение физической нагрузки; прием седативных средств; прием ферментных препаратов.

ПРИ ОБОСТРЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

*диета с исключением молока; безбелковая диета; протертая пища; диета с исключением моносахаридов; диета с пониженным количеством жира.

ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

кортикостероиды; фталазол; левомецетин; *сульфасалазин; ампициллин.

СТЕРОИДНЫЕ ГОРМОНЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

для лечения прогрессирующих форм заболевания; для ускорения клинической ремиссии; при угрожающих жизни состояниях; при тяжелых формах с целью подготовки больного к операции.

*все ответы верны

В РАЗВИТИИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

недостаточность продукции соляной кислоты; истощение экскреторной функции поджелудочной железы; изменения рН кишечного сока;

длительное применение антибиотиков, дефицит белка и витаминов группы В.

*все ответы верны

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ СОСТАВА КИШЕЧНОЙ ФЛОРЫ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

эубиотики; производные нитрофурана; антибиотики широкого спектра;

бактериофаги. *все ответы верны

ПРИ КАНДИДАМИКОЗЕ (КАНДИДОЗЕ) СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

невиграмон; левомецетин; ламизил; *леворин.

ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ, ВЫЗВАННОМ КЛЕБСИЕЛЛОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

вибрамицин; клиндамицин; тетрациклин; *амикацин.

ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ, ВЫЗВАННОМ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ЛУЧШЕ НАЗНАЧИТЬ

ципрофлоксацин; *гентамицин; эритромицин; *карбенициллин

ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ ДИСБАКТЕРИОЗЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО

НАЗНАЧИТЬ АНТИБИОТИКИ ИЗ ГРУППЫ

*макролидов;тетрациклинов;*цефалоспоринов;аминогликозидов

ВОССТАНОВЛЕНИЮ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА СПОСОБСТВУЮТ

сульфаниламидов;*эубиотиков;антибиотиков;*биологических препаратов

АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

*вторичного гиперальдостеронизма;

*гипоальбуминемии;*портальной гипертензии;сердечной недостаточности

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ

язвенной болезни;*холелитиазе;постгастрорезекционном синдроме;

хроническом колите;лямблиозе.

ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК И ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ В

*нисходящей части двенадцатиперстной кишки, в области большого сосочка горизонтальных отделах двенадцатиперстной кишки;просвет тощей кишки;антральном отделе желудка;просвет поперечно-ободочной кишке.

ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ СЛИЯНИИ

*пузырного протока и общего печеночного протока;правого и левого печеночных протоков;протока поджелудочной железы и пузырного протока;протока поджелудочной железы и левого печеночного протока;

протока поджелудочной железы и общего печеночного протока

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ВЕНА ПЕЧЕНОЧНОЙ ДОЛЬКИ ОТНОСИТСЯ К

*системе нижней поллой вены;

портальной системе;системе верхней поллой вены;системе селезеночной вены;системе вен малого таза

ОБЩАЯ ДЛИНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*1,5-2 м;0,5-1,5 м;2-3 м:3-5 м;6 м.

НАЗОВИТЕ ВИРУС, КОТОРЫЙ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

*вирус типа А;

вирус типа В;вирус типа С;вирус типа D;вирус типа G.

РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ данные анамнеза о перенесенном вирусном гепатите;*данные гистологического исследования печени;выявление в сыворотке крови австралийского антигена;периодический субфебрилитет, ик-теричность склер, боли в правом подреберье;

гипербилирубинемия.

ОСНОВНОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

сирепар;*интерферон;преднизолон;делагил;энтеродез.

АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ цирроза вирусной этиологии;алкогольного цирроза;*первичного билиарного цирроза;цирроза, обусловленного болезнью Вильсона-Коновалова цирроза печени при саркоидозе.

НЕПРЯМАЯ (НЕКОНЪЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЖЕЛТУХИ

*гемолитической;гепатоциллюлярной (паренхиматозной);

механической (обтурационной); только при вирусном гепатите С; при серповидноклеточной анемии.

ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЖЕЛТУХА ОБУСЛОВЛЕНА ГЕНЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ КОНЪЮГАЦИИ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА

врожденный микросфероцитоз;

талассемия; гемоглобинопатия; *синдром Жильбера; синдром Ротора

ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ БОЛЕЗНЬ КРОНА ОТ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

понос; боли в животе; кровь в кале; *образование наружных и внутренних свищей;

лихорадка

В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ УЧАСТВУЕТ

кишечная палочка; *Helicobacter pylori; вирусы; риккетсии; хламидии.

САМЫЙ НАДЕЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

рентгенологический; анализ кала на скрытую кровь; исследование желудочной секреции; физикальные (пальпация, перкуссия);

*эндоскопический

В ДИФ. ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенологическое исследование; исследование желудочной секреции с гистамином;

исследование кала на скрытую кровь; *эндоскопическое исследование с биопсией; УЗИ органов брюшной полости

ВЫБРАТЬ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ. У ЛИЦ С ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛАКТАЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПЛОХАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ

*молока; яиц; сахарозы; глюкозы; галактозы.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОБТУРАЦИИ

общего печеночного протока; пузырного протока; *общего желчного протока; левого печеночного протока; правого печеночного протока.

ГЛАВНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА В ОСНОВНОМ РАСПОЛАГАЮТСЯ В

кардиальном отделе желудка; *теле; антральном отделе; пилорическом отделе; дне желудка.

КЛЕТКИ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ГАСТРИН, РАСПОЛАГАЮТСЯ В

кардиальном отделе желудка; теле; *антральном отделе; пилорическом отделе; дне желудка.

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ АТРОПИН ПРОТИВОПОКАЗАН

бронхиальная астма; гипертоническая болезнь; *глаукома; АВ-блокада II степени; перемежающаяся хромота

Секция: Раздел: БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Название Раздел: БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО БЕЛКА В СУТОЧНОЙ МОЧЕ СОСТАВЛЯЕТ

500 мг; 50 мг; *150 мг; не должно быть; следы белка.

ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

анализ мочи по методу Нечипоренко; фазово-контрастную микроскопию мочевого осадка;

*лейкоцитарную формулу мочи; анализ мочи по Зимницкому; общий анализ мочи.

ЩЕЛОЧНАЯ РЕАКЦИЯ МОЧИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

употреблением преимущественно белковой пищи; значительной лейкоцитурией и бактериурией; употреблением преимущественно растительной пищи;

*употреблением большого количества соли; употреблением большого количества сахара.

ЛЕЙКОЦИТУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ

*пиелонефрите; гломерулонефрите; амилидозе; нефролитиазе; поликистозе.

ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ хронического нефрита;

пиелонефрита;*сахарного диабета;несахарного диабета;сморщенной почки.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НЕОБХОДИМО

соблюдать строгую диету с исключением соли;ограничить физическую активность;*исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);

ограничить употребление белковой пищи;ограничить употребление растительной пищи.

УРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

определить размеры почек;определить положение почек;

выявить конкременты;оценить функцию почек.*все ответы верны

НЕФРОТИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ СООТВЕТСТВУЮТ

отеки;протеинурии 5 г/сутки;

диспротеинемия;

гиперлипидемия.*все ответы верны

ОСТРЫЙ НЕФРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

отеки, гипо- и диспротеинемия гиперхолестеринемия;

артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия:*артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

У 40 ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ЗАБОЛЕВШЕГО АНГИНОЙ, НА 5-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ, ПОВЫСИЛОСЬ АД. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

острый гломерулонефрит;острый пиелонефрит;*обострение хронического гломерулонефрита; апостематозный нефрит;амилоидоз почек.

ОЦЕНИТЬ АКТИВНОСТЬ ХГН ПОЗВОЛЯЮТ

увеличение СОЭ;диспротеинемия;гиперазотемия при нормальных размерах почек;

гиперлипидемия.*все ответы верны

БОЛЬНОГО ХГН НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В СТАЦИОНАР В СЛУЧАЕ декомпенсации нефрогенной артериальной гипертензии;

нарастании протеинурии;увеличении эритроцитурии;ухудшении функционального состояния почек.*все ответы верны

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ХГН НЕОБХОДИМО ДЛЯ

*назначения патогенетической терапии;оценки прогноза заболевания;установления клинической формы заболевания;

оценки функционального состояния почек;назначения антибактериальной терапии.

ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭРИТРОЦИТУРИЕЙ И ОТЕКАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

*острого гломерулонефрита;пиелонефрита;почечно-каменной болезни;цистита;амилоидоза почек

У БОЛЬНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ УРОВЕНЬ КАЛИЯ В ПЛАЗМЕ 6 МЭКВ/Л. ПРИ ВЫБОРЕ МОЧЕГОННОГО ПРЕПАРАТА ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ

*фуросемиду;верошпиронутриамтерену;арифону;гипотиазиду.

ОСНОВНЫМ ВИДОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*эмбологенный инфаркт;

*гломерулонефрит;*амилоидоз;пиелонерит.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ НЕФРИТ ПРИ ПОДАГРЕ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

*нефротическим синдромом;*повышением артериального давления;

*мочевым синдромом;болевым синдромом.

У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

дерматомиозита;*системной красной волчанки;

системной склеродермии;узелкового артериита;ревматической полимиалгии.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

амилоидозе;системной красной волчанке;диабетической нефропатии;геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

*все ответы верны

У БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ БЕЗ ТОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ТОШНОТА, РВОТА, ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 39, НА КОЖЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БЕДРАХ -ЭРИТЕМЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА

бактериальный перитонит;*абдоминальный нефротический криз;

почечная колика;апостематозный пиелонефрит;кишечная колика.

У БОЛЬНОГО С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ НЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВОЗНИКЛО ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ

системная красная волчанка с поражением легких;

*синдром Гудпасчура;бронхоэктазы и амилоидоз почек;*микроскопический полиангиит.

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПОДОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ

*через 3-5 месяцев от начала заболевания;через год;через 3 года;с первых недель заболевания;в зависимости от выраженности артериальной гипертензии

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВОЗМОЖНА ПРИ

пиелонефрите;узелкового периартериите;первичном нефросклерозе;истинной склеродермической почке.

*все ответы верны

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЦИТОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕОБХОДИМО ТЩАТЕЛЬНО КОНТРОЛИРОВАТЬ

*лейкоциты крови*содержание гемоглобина крови

*тромбоциты крови;эозинофилы крови.

ГИПОКАЛИЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

первичном гиперальдостеронизме;

болезни Иценко-Кушинга;реноваскулярной гипертензии;ренинсекретирующей опухоли.*все ответы верны

У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ БОЛЕЕ 10 ЛЕТ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИВШЕЙСЯ ПРОТЕИНУРИИ (ДО 2 Г/СУТКИ) ЯВЛЯЕТСЯ

*амилоидоз почек;гломерулонефрит;пиелонефрит;интерстициальный нефрит;

тромбоз почечных вен.

ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ

ревматоидном артрите;псориатическом артрите;

опухолях;бронхоэктазах*все ответы верны

К СНИЖЕНИЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ

преднизолоном;цитостатиками;*индометацином;курантилом;гепарином.

ДЛЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ХАРАКТЕРНЫ

боли в поясничной области;дизурические явления;положительный симптом

Пастернацкого;иррадиация боли в низживота или паховую область.

*все ответы верны

В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

*полусинтетические пенициллины;

тетрациклин;бисептол;фурагин;фторхинолоны.

ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОЙСТВЕННЫ

нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;

гематурия и гиперазотемия;*микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация;протеинурия и гематурия;протеинурия и артериальная гипертензия.

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ МОЖНО СЧИТАТЬ

атенолол;капозид;*ренитек;адельфан;апрессин.

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

повышение содержания мочевины в крови;повышение содержания креатинина в крови;

гиперфосфатемия;*гиперкалиемия;гиперурикемия.

РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СПОСОБСТВУЕТ

артериальная гипертензия;анемия;перегрузка жидкостью и натрием;нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния.

*все ответы верны

УМЕРЕННУЮ ГИПЕРКАЛИЕМИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО КОРРИГИРОВАТЬ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ

*солей кальция;*раствора гидрокарбоната натрия;*концентрированного раствора глюкозы с инсулином;

изотонического раствора.

ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ

ограничение белка;достаточную калорийность пищи;исключение калийсодержащих продуктов;

назначение кетостерила.*все ответы верны

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЯ

мочевины;остаточного азота;*креатинина;калия;мочевой кислоты.

НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО СЧИТАТЬ

повышение артериального давления;

*полиурию, полидипсию; гиперкалиемию; метаболический ацидоз; судороги.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

гломерулярный некроз; папиллярный некроз; *тубулярный некроз; поражения интерстиция; гидронефроз.

ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

влиянием токсических веществ поврежденных тканей;

сопутствующей инфекцией; *падением артериального давления; недостаточностью надпочечников; метаболическим ацидозом.

ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ АНТИБИОТИКИ ГРУППЫ

пенициллинов; макролидов; *аминогликозидов; цефалоспоринов; фторхинолонов.

В РАННЕЙ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

плазмы; плазмозамещающих растворов; солевых растворов; *фуросемида; гемодеза.

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

анурия; высокая гипертензия; *повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л; повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л;

развитие перикардита.

БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗ 200 МЛ/СУТ. МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В КОЛИЧЕСТВЕ

до 200 мл; *до 700 мл; до 1200 мл; до 1500 мл; до 2000 мл.

У 16-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ СТРАДАЮЩЕЙ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЛЕВОЙ ГОЛЕНИ, ПОЯВИЛИСЬ ОТЕКИ, АСЦИТ, ГИДРОТОРАКС. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ. УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА КРОВИ РЕЗКО ПОВЫШЕН. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

постинфекционный гломерулонефрит; декомпенсированный цирроз печени; гепаторенальный синдром; *вторичный амилоидоз с поражением почек;

волчаночный гломерулонефрит.

50-ЛЕТНЯЯ БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА УПАДОК СИЛ И БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ, УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ 65 Г/Л, ПРОТЕИНУРИЯ 22 Г, УРОВЕНЬ АЛЬБУМИНОВ СЫВОРОТКИ 40 Г/Л. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

хронический гломерулонефрит в стадии уремии;

*миеломная болезнь; вторичный амилоидоз с поражением почек; хронический пиелонефрит; поликистоз почек.

У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТСЯ ЛИХОРАДКА, ЭПИЗОДЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ МАКРОГЕМАТУРИИ. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ 160 Г/Л, СОЭ 60 ММ/ЧАС. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

хронический гломерулонефрит гематурического типа;

волчаночный нефрит; *рак почки; уратный нефролизиаз; амилоидоз.

МУЖЧИНА 32 ЛЕТ, ОТЕЧЕН. ПРИ ОСМОТРЕ ДРУГОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТМЕЧЕНО. АНАЛИЗ МОЧИ ПРОТЕИНУРИЯ, ГИАЛИНОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ И ОВАЛЬНЫЕ ЖИРОВЫЕ ТЕЛЬЦА, АЛЬБУМИН ПЛАЗМЫ 2% И ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ. ДИАГНОЗ

острый гломерулонефрит;

гипернефрома; пиелонефрит; *нефротический синдром.

ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия;*протеинурия более 3,5 г/сутки;

артериальная гипертензия;пиурия;гипоизостенурия.

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ

альфа-гемолитическим стрептококком группы В;

стафилококком группы А;*бета-гемолитическим стрептококком группы А;

риккетсиями;уросепсисом, вызванным кишечной палочкой

ГИПЕРКАЛИЕМИЮ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖНО УСТРАНИТЬ

Физиологическим раствором;гипотоническим раствором;*внутривенным введением глюкозы с инсулином;

введением раствора соды;введением раствора хлористого кальция.

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*нефросклероз;пролиферация мезангиальных клеток;деструкция малых отростков подоцитов;отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;

облитерация выносящей артериолы.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХПН) ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

Изолированного поражения канальцев;Изолированного поражения клубочков;Изолированного поражения собирательных трубочек;

*поражения всего нефрона;изолированного поражения приносящей артериолы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ <ХПН> ВОЗНИКАЮТ ПРИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

140-200 мл/мин;100-140 мл/мин;80-100 мл/мин;60-80 мл/мин;*40 мл/мин.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

*нефротический синдром;мочевой синдром;гипертензия;почечная недостаточность;профилактический курс терапии.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ <ХГН>

20 мг;40 мг;*60-80 мг;120 мг ч/день;Пульстерапия метипредом.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ГЕПАРИНА НА НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ <ХГН>

5000 ед;10000 ед;15000 ед;*20000 ед;30000 ед.

Секция: Раздел: БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО -СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Название Раздел: БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО -СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ И ДОСТАТОЧНО ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО - ЭТО

флюорография органов грудной клетки;бронхоскопия;рентгеноскопия органов грудной клетки;

*цитологическое исследование мокроты.

ВЫРАЖЕННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

митрального стеноза;митральной недостаточности;*недостаточности трехстворчатого

клапана;

стеноза устья аорты;стеноза трехстворчатого клапана.

ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА АУСКУЛЬТАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА

в горизонтальном положении пациента;

*в вертикальном положении;в положении на левом боку;при наклоне туловища вперед;в положении на правом боку.

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ОБЛАДАЕТ

холодовая проба;дипиридамоловая проба;*проба с нагрузкой на велоэргометре;проба со статической физической нагрузкой;

проба с гипервентиляцией.

ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

мекситила;*кордарона;хинидина;пропранолола;верапамила.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В

правой коронарной артерии;передней нисходящей коронарной артерии;

*общем стволе левой коронарной артерии;оггибающей коронарной артерии;артерии тупого края.

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

проба с физической нагрузкой;проба с введением изопротеренола;чреспищеводная электрокардиостимуляция;

*проба с эргометрином;дипиридамоловая проба.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

*нитратами;селективными бета-блокаторами;антагонистами кальция группы дилтиазема;

неселективными бета-блокаторами;антагонистами кальция группы верапамила.

ПОБОЧНУЮ РЕАКЦИЮ В ВИДЕ ОТЕКА ЛОДЫЖЕК ОБЫЧНО ВЫЗЫВАЕТ

верапамил;*нифедипин;пропранолол (анаприлин);

нитросорбид;этагизин.

ПРИЗНАКОМ СОПУТСТВУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ

депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5;*подъем сегмента ST в отведении V4R;увеличение высоты и ширины зубца R в отведениях V1-V2;

отрицательный зубец T в отведениях V1-V2;снижение сегмента ST в отведении V4R.

БОЛЬНЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЦЕЛЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗОНЫ НЕКРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО

внутривенное введение глюкозо-инсулин-калиевой смеси ("поляризующая смесь");*внутривенное капельное введение нитроглицерина;назначение средств, улучшающих метаболизм миокарда (рибоксин, кокарбоксилаза);

*назначение бета-блока торов.

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

кордарон;новокаиномид;бета-блокаторы;*лидокаин;верапамил.

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия желудочков;*фибрилляция желудочков;желудочковая бигимения;атриовентрикулярная блокада II степени;

синаурикулярная блокада II степени.

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИЗНАКОВ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕ-ЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ПАДЕНИЕ АД) У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ РАЗВИТИЕ ТАКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, КАК

*разрыв межжелудочковой перегородки;

*тромбоэмболия легочной артерии;*инфаркт миокарда правого желудочка;тромбоэмболия почечной артерии.

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МАКСИМАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ

через несколько часов от начала заболевания;в течение первых суток болезни;в течение вторых суток болезни;*через 7-12 дней от начала заболевания;через 20 суток от начала заболевания.

ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ

антигистаминные препараты;*нестероидные противовоспалительные препараты;

глюкокортикоиды;

антибиотики;нитраты.

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

пневмония;астматическое состояние;*тромбоэмболия легочной артерии;спонтанный пневмоторакс;легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

СПОСОБНОСТЬЮ ОГРАНИЧИВАТЬ ОБЪЕМ ПОРАЖЕНИЯ И БЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯТЬ НА БЛИЖАЙШИЙ ПРОГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОБЛАДАЮТ

*бета-блокаторы;антагонисты кальция;*нитроглицерин (при внутривенном введении);

глюкозо-калиевая смесь.

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ КРОВИ ОКАЗЫВАЮТ

*триампур;*фуросемид;*анаприлин;эналаприл.

ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

слабость;*приступы сердечной астмы;отеки ног;венозный застой в большом круге кровообращения

гепатомегалия.

НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ ИЛИ СУБЛИНГВАЛЬНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

адельфан;анаприлин;*коринфар;допегит;резерпин.

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ С ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ

обзидана;*нитроглицерина (в/в);

финоптина;дибазола;дигоксина.

ВО ВРЕМЯ РЕЦИПРОКНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ

может отмечаться развитие блокады правой ножки пучка Гиса;*может отмечаться развитие блокады проведения к предсердиям;развитие блокады проведения к предсердиям или желудочкам без прерывания тахикардии исключает диагноз "АВ-узловой тахикардии";

*может отмечаться развитие блокады проведения к желудочкам.

С РИСКМ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КОРРЕЛИРУЕТ диастолическое АД;систолическое АД;частота сердечных сокращений;*как диастолическое, так и систолическое АД.

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

одышка;стенокардия напряжения;
обмороки;нарушения ритма сердца.*все ответы верны

В ВОЗНИКНОВЕНИИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

*систолическая обструкция выносящего тракта;значительное снижение систолической функции левого желудочка;

*возникновение различных нарушений ритма;нарушение регуляции сосудистого тонуса.

МАКСИМАЛЬНОЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ИНОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЕТ

хинидин;ритмилен;*кордарон;этмозин;мекситил.

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ВЕРАПАМИЛА (ФИНОПТИНА) МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

*купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии;купирование приступа мерцательной аритмии;*урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии;урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

*синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта;*тиреотоксикозе;*синдроме укороченного интервала PR;

гипертоническом сердце.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СВОЙСТВЕННА

*гипертрофической кардиомиопатии*рестриктивной кардиомиопатии*амилоидозу сердца;физиологической гипертрофии миокарда левого желудочка.

ДЛЯ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

*брадикардия;повышение температуры тела;боль за грудиной;шум трения перикарда;дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

В ЖИДКОСТИ, ВЗЯТОЙ ИЗ ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ, ПРЕОБЛАДАЮТ

эозинофилы;моноциты;*лимфоциты;лейкоциты;эритроциты.

ВОПРОС: ПРИ ЧАСТОМ РИТМЕ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*наличие "сливных" и/или проведенных желудочковых комплексов (так называемых "захватов");

наличие ретроградных зубцов R;*наличие атриовентрикулярной диссоциации;отсутствие зубцов R.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ПОРАЖЕНИЕ ЭНДОКАРДА

лактобактерии;синегнойная палочка;*зеленящие стрептококки;золотистые стафилококки;менингококки.

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

*миокардит;*васкулиты мелких сосудов;*эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов; прогрессирующее сужение митрального клапана.

У НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ

ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

митральный клапан; аортальный клапан; клапан легочной артерии;

*трехстворчатый клапан; клапан нижней полой

ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

*выраженная синусовая брадикардия; мерцательная аритмия; предсердная экстрасистолия; атриовентрикулярная блокада I степени; пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА У БОЛЬНЫХ С

дефектом межпредсердной перегородки; *дефектом межжелудочковой перегородки митральным стенозом; пролабированием митрального клапана без регургитации; гипертрофической кардиомиопатией.

ПРИ ЭНДОКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОЙ ГРИБАМИ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

ампициллина; тетрациклина; *амфотерицина В;

канамицина; карбенициллина.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

2 недели или меньше; *4-6 недель; 2-4 недели; 8-10 недель; более 10 недель.

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ АНАПРИЛИНА (ОБЗИДАНА) СОСТАВЛЯЮТ

10-20 мг; 30-40 мг; 50-60 мг; *80-200 мг; 400 мг и более.

ПЛОЩАДЬ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

1-2 кв. см; *4-6 кв. см; 8-10 кв. см; 8 кв. см; 10 кв. см.

У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПЕРКУССИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ТУПОСТЬ СЕРДЦА УВЕЛИЧЕНА

*вверх и влево;

влево; вверх и вправо;

вправо и вверх;

только вверх.

У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

*широкий зазубренный зубец Р и отклонение электрической оси сердца вправо; *широкий зазубренный зубец Р и блокада правой ножки пучка Гиса; *широкий зазубренный зубец Р и смещение переходной зоны к левым грудным отведениям;

широкий зазубренный зубец Р и признаки гипертрофии левого желудочка.

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНО

*увеличение второй дуги левого контура (ствол легочной артерии); *увеличение третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия);

*наличие признаков активной легочной гипертензии; увеличение четвертой дуги по левому контуру.

ПРИ ПРОЛАБИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЩЕЛЧОК ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

*во время систолы; в начале диастолы; в конце диастолы; в середине диастолы; в систолу после систолического шума.

Уменьшение степени аортальной регургитации можно ожидать после назначения:

*апрессина; *каптоприла; *коринфара; обзидана.

ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ

*Не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; ухудшает

течение гипертонической болезни;*может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом;

возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.

СРЕДНИЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ЭТАЦИЗИНА СОСТАВЛЯЮТ

50-100 мг;*150-200 мг;250-300 мг;350-400 мг;более 400 мг.

ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*спазм легочных артериол;*гипертрофия легочных артериол и артерий;

*склероз легочных артериол и артерий;спазм капилляров.

ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 2 СТЕПЕНИ ТИПА 2 ("МОБИТЦ-2")
ХАРАКТЕРНО

прогрессивное удлинение интервала PR перед выпадением желудочковых комплексов;

*постоянство интервала PR;укорочение интервала PR;

СРЕДИ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ХОЛИНО-ЛИТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ В
НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНО У

хинидина;новокаинамида;*дизопирамида (ритмилена);

этмозина;этацизина.

СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ГИПОТОНИИ, ВОЗМОЖНОЙ ПРИ В/В
ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

мезатон;*хлористый кальций (или глюконат кальция);

плазмозамещающие растворы;сердечные гликозиды;кардиамин.

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ
ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛИДОКАИНА ПРИМЕНЯЮТ

*новокаинамид;мезатон;обзидан;верапамил;строфантин.

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В ПОДАВЛЯЮЩЕМ
БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия желудочков;*фибрилляция желудочков;электро-механическая диссоциация;полная
атриовентрикулярная блокада;

синаурикулярная блокада II степени.

ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА (СТИМУЛЯЦИЯ В РЕЖИМЕ "ДЕМАНД")
ПОКАЗАНА

всем больным с ЭКГ-признаками синдрома слабости синусового узла;*только больным с
клиническими проявлениями синдрома слабости синусового узла (обмороки и/или
головокружения);

больным с синоатриальной блокадой II степени;больным с атриовентрикулярной блокадой II
степени;больным с постоянной формой мерцательной аритмии.

ПРИ ВНЕЗАПНОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВЫРАЖЕННЫХ БРАДИАРИТМИЙ
РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*внутривенное введение атропина;*инфузию изопротеренола (изадрина), алулента,
астмопента;

*временную электрокардиостимуляцию;внутривенное введение преднизолона и фуросемида.

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

пневмония;астматическое состояние;*тромбоэмболия легочной артерии;спонтанный
пневмоторакс;обострение хронического обструктивного бронхита.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

*вены нижних конечностей;
 вены верхних конечностей;правое сердце;вены таза;левое сердце.
К ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ
 пожилой возраст;почечная недостаточность;нарушение баланса электролитов (калия, магния);
 дилатация камер сердца.*все ответы верны

ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ
 *разрыв головки папиллярной мышцы;*разрыв межжелудочковой перегородки;
 *разрыв левого желудочка;перикардит.
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИСПОЛЬЗУЮТ
 нитраты;аспирин;гепарин внутривенно;
 бета-блокаторы.*все ответы верны

ДЛЯ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО
 наличие лихорадки, озноба;наличие лейкоцитоза;быстрое формирование порока сердца;быстрое появление признаков сердечной недостаточности.
 *все ответы верны

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ
 *порок сердца;эмболии;*бактериемия;нарушения ритма.

ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С ВЫСОКИМ ОБЩИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СОСУДИСТЫМ СОПРОТИВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

*антагонисты кальция;
 диуретики;седативные средства;бета-блокаторы;мочегонные.

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

повышение массы тела на 30% и более;*гиперхолестеринемия более 240 мг%;артериальная гипертензия при диастолическом АД = 95 мм рт. ст.;

нарушение толерантности к углеводам;блокада левой ножки пучка Гиса.

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ ВАЗОПРЕССОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

*ангиотензин-II;
 ангиотензин-1;ренин;простациклин;оксид азота.

ФЕНОМЕН ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

*уменьшении наполнения пульса на вдохе;увеличении наполнения пульса на вдохе;уменьшении наполнения пульса на выдохе;увеличении наполнения пульса на выдохе;отсутствии реакции пульса на фазы дыхания.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

перфузионная сцинтиграфия миокарда с таллием-201;*сцинтиграфия миокарда с технецием-99м-пирофосфатом;

радионуклидная вентрикулография;эхокардиография;ангиография.

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

*аортальным стенозом;митральным стенозом;аортальной недостаточностью;митральной

недостаточностью; трикуспидальной недостаточностью.

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ Р В ОТВЕДЕНИЯХ III И AVF МОЖЕТ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ПРИ

- *эктопическом предсердном ритме; отклонении электрической оси предсердия вправо;
- *отклонении электрической оси предсердия влево синусовой тахикардии.

ИНТЕРВАЛ PQ ВКЛЮЧАЕТ

Время проведения импульсов по предсердиям Время проведения импульса по AV-узлу Время проведения импульса по ножкам пучка Гиса Время проведения импульса по волокнам Пуркинье

*все ответы верны

ИНТЕРВАЛ QT ВКЛЮЧАЕТ

- *комплекс QRS;
- *сегмент ST; *зубец T; зубец P.

ПРИ СИНОАТРИАЛЬНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ПО ТИПУ МОБИТЦ I НАБЛЮДАЕТСЯ

*выпадение комплексов PQRS; *укорочение интервала PP перед выпадением импульсов; *выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS; выпадение комплекса QRS.

ПРИЗНАКОМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

уширение комплекса QRS $> 0,12$; наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS;

появление проводных синусовых импульсов (захватов); появление сливных комплексов QRS. *все ответы верны

ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ (ЗАДНЕ-БАЗАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ) ЯВЛЯЕТСЯ

- *увеличение высоты и ширины зубцов R в отведениях V1-V2;
- *депрессия сегмента ST в отведениях V1-V2; *положительные зубцы T в отведениях V1-V2; отрицательные зубцы T в отведениях V1-V2.

ПЕРВЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- нитраты; папаверин или (нош-па); *нестероидные противовоспалительные препараты; стероидные препараты; наркотические анальгетики.

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ВЛИЯНИЕМ НА СОСУДИСТЫЙ ТОНУС ИЗ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ОБЛАДАЕТ

- *нифедипин; верапамил; дилтиазем; изоптин; ангизем.

НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ПОЛУПЕРИОДОМ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

- лидокаин; мекситил; ритмилен; *кордарон; этмозин.

ПРИ ПРИЕМЕ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ УМЕНЬШАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ

- только холестерина; только триглицеридов; *и холестерина и триглицеридов; холестерина, но повышается уровень триглицеридов;
- триглицеридов, но повышается уровень холестерина.

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ ПО КОРОНАРНОМУ РУСЛУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

ПРИ

стабильной стенокардии напряжения; спонтанной стенокардии; прогрессирующей стенокардии напряжения;

впервые возникшей стенокардии; *любых вариантах стенокардии

СРЕДИ БОЛЬНЫХ ИБС СПОНТАННАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ

более часто, чем стабильная стенокардии напряжения; практически так же часто, как стабильная стенокардии напряжения;

*менее часто, чем стабильная стенокардии напряжения; у 60%-70% больных; более, чем у 80% больных.

АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

*нитратов; *бета-блокаторов; *антагонистов кальция;

аспирина.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СДАВЛИВАЮЩЕГО (КОНСТРИКТИВНОГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

отсутствие увеличения сердца и снижения пульсации сердечной тени; сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца; обызвествление перикарда; отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.

*все ответы верны

В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СИНДРОМ ОТМЕНЫ СВОЙСТВЕНЕН

нитратам; антагонистам кальция;

*бета-блокаторам; дезагрегантам;

ингибиторам АПФ.

ОПЕРАЦИЯ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У

всех категорий больных ИБС; *больных с поражением ствола левой коронарной артерии;

больных с поражением правой коронарной артерии; больных со спонтанной стенокардией; больных с поражением огибающей артерии.

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИМИ ПРИСТУПЫ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

нитраты; *антагонисты кальция;

бета-блокаторы; празозин; аспирин.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС С УМЕРЕННО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПО СРАВНЕНИЮ С БОЛЬНЫМИ, ЛЕЧЕННЫМИ МЕДИКАМЕНТОЗНО ПРИ ПОРАЖЕНИИ

одной (правой) коронарной артерии; двух (правой и огибающей) коронарных артерий;

только огибающей артерии; *трех коронарных артерий.

К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

креатинфосфокиназа (КФК); аспарагиновая трансаминаза (АСТ); лактатдегидрогеназа (ЛДГ); *фракция МВ креатинфосфокиназы (МВ-КФК).

ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

одышка; глухость тонов сердца; расширение границ сердечной тупости;

тахикардия и парадоксальный пульс. *все ответы верны

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОСТУПИВШИХ В ПЕРВЫЕ 4-6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ,

ЯВЛЯЕТСЯ

коронарная ангиопластика (баллонное расширение коронарных артерий);

*тромболитическая терапия;аорто-коронарное шунтирование;внутривенная инфузия нитроглицерина;внутривенная инфузия бета-блокаторов.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В ПЕРИКАРДЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

*ограничением диастолического растяжения миокарда;*снижением эффекта присасывающей способности грудной клетки;

*сдавлением крупных вен;возрастанием постнагрузки.

АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ (АВ) БЛОКАДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*является плохим прогностическим признаком;*как правило, развивается на уровне дистальных отделов системы Гиса-Пуркинье;*в большинстве случаев наблюдается только у больных с очень обширным поражением миокарда:

в большинстве случаев наблюдается только у больных с мелкоочаговым поражением миокарда.

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОТОНИИ ИЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ШОКА У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

*внутривенное введение жидкости (реополиглюкин, 5% раствор глюкозы);

назначение диуретиков;внутривенное введение сердечных гликозидов;назначение ингибиторов АПФ;назначение бета-блокаторов.

К ПРЕПАРАТАМ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ БОЛЬНЫМ ОТМЕЧЕНО ДОСТОВЕРНОЕ СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ, УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ

дипиридамол (курантил);верапамил (финоптин);бета-блокаторы с внутренней симпатомиметической активностью (тразикор, вискен);

*бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности (анаприлин, метопролол); антиаритмические препараты.

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОХРАНЯЕТСЯ

в течение 1-2 дней;в течение 3-5 дней;*в течение 7-14 дней;

более чем 14 днейв течение 30 дней.

ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ КРЕАТИНИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

через 1-2 ч;*через 4-8 ч;через 12-24 ч;через 48 ч;через 30 минут от начала заболевания

ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

*через несколько часов от начала заболеванияк концу первых суток;на вторые-третьи сутки;через 5 суток от начала заболевания;через 10 суток от начала заболевания.

МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ДОСТАТОЧНО ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

*гипертрофической кардиомиопатии;*дилатационной кардиомиопатии;*рестриктивной кардиомиопатии;дисгормональной миокардиодистрофии.

У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ АСПИРИНА

*уменьшает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда;

не влияет на прогноз;уменьшает риск повторных инфарктов миокарда только у

женщин;благоприятный эффект антиагрегантов возможен, но не доказан;увеличивает частоту внезапной смерти и повторных инфарктов миокарда.

ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН СИНДРОМ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА У

резерпина;допегита;*клофелина;гипотиазида;коринфара.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ ТИПОМ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*блокаторы бета-адренорецепторов;коринфар;апрессин;празозин;гипотиазид.

ГИПОКАЛИЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

реноваскулярной гипертонии;феохромоцитомы;*первичного гиперальдостеронизма; хронического пиелонефрита;поликистоза почек.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ

гипертонической болезнью;*реноваскулярной гипертонией;паренхиматозными заболеваниями почек;

мочекаменной болезнью;опухолью головного мозга.

СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

диазоксида;*клофелина и бета-блокатора;нитропруссид натрия и бета-блокатора; дроперидола;фуросемида;

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННОЙ АЗОТОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

допегит;коринфар;*анаприлин;фуросемид;клофелин.

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ КАПТОПРИЛА СВЯЗАНО С

*влиянием на калликреин-кининовую систему и систему простагландинов; блокадой альфа-адренорецепторов;*уменьшением образования ангиотензина II;уменьшением образования ренина.

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ХАРАКТЕРНО

преимущественное нарушение систолической функции левого желудочка;первоначальное нарушение систолической, а затем диастолической функции левого желудочка; отсутствие нарушения диастолической и систолической функций левого желудочка;

*преимущественное нарушение диастолической функции левого желудочка.

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМ ВАРИАНТОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка;

движение задней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке;

противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана;

*движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.

СРЕДИ ИНФЕКЦИОННЫХ МИОКАРДИТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

*вирусные;стрептококковые;паразитарные;грибковые;микоплазменные.

ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА МИОКАРДИТА

обязательно назначение антибиотиков;*лечение в большинстве случаев симптоматическое;обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов;обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде";

обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

ГИПОКАЛИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

"объем натрийзависимым" вариантом гипертонической болезни;

*первичным гиперальдостерониз-мом;феохромоцитомой;фибромышечной дисплазией почечных артерий;хроническим пиелонефритом.

ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

сердечные гликозиды;*бета-блокаторы и антагонисты кальция;

периферические вазодилататоры;сердечные гликозиды и нитраты;сердечные гликозиды и диуретики.

ПРИЧИНОЙ "ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА" ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*резкое снижение сердечного выброса на вдохе;

повышение сердечного выброса на выдохе;нарушение ритма;повышение сердечного выброса на вдохе;снижение сердечного выброса на выдохе.

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ВЫПОТНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД

аускультации;рентгенографии;электрокардиографии;*эхокардиографи;сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

ПРИ СДАВЛИВАЮЩЕМ (КОНСТРИКТИВНОМ) ПЕРИКАРДИТЕ

происходит снижение венозного давления и повышение артериального;

*отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;

артериальное и венозное давление существенно не меняются;отмечается снижение артериального давления;происходит снижение венозного и артериального давления.

У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ РИСК РАЗВИТИЯ

желудочковой пароксизмальной тахикардии;

пневмонии;тромбоэмболии;*разрыва миокарда.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

*у больных, имеющих поражение клапанного аппарата;

при интактных клапанах;после протезирования клапана;после комиссуротомии;у больных с поражением миокарда.

ПРИ ПОДОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ АНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

*у большинства больных;редко;в период выздоровления;в сочетании с лейкопенией;

при нормальной СОЭ.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ РАЗВИТИЕМ

инфаркта миокарда;миокардита;тромбоэмболии легочной артерии;

перикардита.*все ответы верны

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

внутриартериальное введение антибиотиков;

внутримышечное введение антибиотиков;применение препаратов per os;*внутривенное введение антибиотиков.

ПРИМЕНЕНИЕ КАПТОПРИЛА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

*уменьшением концентрации ангиотензина II;

*уменьшением секреции альдостерона;*увеличением выделения натрия с мочой;увеличением

секреции альдостерона.

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ гипертонической энцефалопатии;расслаивающей аневризме аорты;нарушении мозгового кровообращения;*прогрессирующей почечной недостаточности; отёке легких.

К НАИБОЛЕЕ ДОКАЗАННЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ИБС ОТНОСЯТСЯ

*малоактивный образа жизни, потребление высококалорийной пищи;

*дислипотеидемии;*курение;психо-эмоциональный стресс.

ГРИБКОВАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЭНДОКАРДИТА ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ

у наркоманов;после кардиохирургических операций;после лечения антибиотиками широкого спектра действия;

на фоне лечения иммунодепрессантами.*все ответы верны

У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ПЕРКУССИИ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ТУПОСТЬ СЕРДЦА УВЕЛИЧЕНА

*вверх и вправо;

вверх и влево;влево;влево и вправо;только вправо.

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

допегита;гуанетидина;*антагонистов кальция;

бета-блокаторов;апрессина.

ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье;высокий, быстрый пульс;низкое диастолическое артериальное давление;

капиллярный пульс.*все ответы верны

"КРИТИЧЕСКИМ" СЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ПЛОЩАДИ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ДО

6 кв. см;4 кв. см;3 кв. см;2 кв. см;*1 кв. см и менее.

У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

клофелин;обзидан;допегит;*каптоприл;коринфар.

ПЕРВИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

экстрасистолия;*этриовентрикулярная диссоциация;ускоренные эктопические ритмы сердца;

атриовентрикулярная блокада;синоатриальная блокада.

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ВАРИАНТОМ ТАХИАРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА- ПАРКИНСОНА-УАЙТА ЯВЛЯЕТСЯ

синусовая тахикардия;пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия;

пароксизмальная предсердная тахикардия;*мерцательная аритмия.

ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ НАЗНАЧАЮТ

*финоптин;*дигоксин;*анаприлин;хинидин.

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

финоптин;*лидокаин;сердечные гликозиды;

обзидан;кордарон.

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С

НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

*субъективно плохая переносимость сердцебиения и/или перебоев в работе сердца;
*выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией;*неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий;возраст больного.

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ВЕРАПАМИЛА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

*купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии;купирование приступа желудочковой тахикардии;*урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии;урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных синдромом Вольфа- Паркинсона-Уайта.

ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В КРОВИ ВЫЗЫВАЮТ новокаиномид и ритмилен;

*хинидин и кордарон;анаприлин (обзидан);*верапамил (финоптин).

САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПРИСТУПОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

хинидин;новокаиномид;*кордарон;анаприлин (обзидан);
финоптин.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

*фентоламина (реджитина);пентамина;клофелина;дибазола;коринфар.

У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТМЕЧЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИЕМА

*нитросорбида в сочетании с апрессинном;

диуретиков;*эналаприла (и каптоприла);сердечных гликозидов.

ГЕПАРИН ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВВОДЯТ:

в случае повышенного содержания протромбина в крови;в случае значительного увеличения протромбинового времени;

только при повторной тромбоэмболии;для уменьшения агрегации тромбоцитов;*для профилактики тромбообразования.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТом МИОКАРДА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

*в первые 1,2-2 часа от начала заболевания;

на 2-3 сутки от начала заболевания;на 7-10 сутки от начала заболевания;на 20 сутки от начала заболевания;спустя 30 суток от начала заболевания.

КРИТЕРИЕМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

*пауза в синусовых импульсах продолжительностью 3 сек;

*синоатриальная блокада II - III степени;*синусовая брадикардия менее 50 в мин;урежение частоты сердечных сокращений до 60 в минуту.

СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

является вариантом нормы;характеризует доброкачественное течение гипертонии;часто приводит к развитию недостаточности кровообращения;

*фактором риска развития мозгового инсульта.

МЕХАНИЗМАМИ ПОВЫШЕНИЯ АД МОГУТ БЫТЬ

повышение общего периферического сосудистого сопротивления;

увеличение массы циркулирующей крови;увеличение минутного объема сердца;повышение концентрации ренина плазмы крови.*все ответы верны

ДЛЯ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ТИПА II "Б" ХАРАКТЕРНО

повышение уровня холестерина;повышение уровня триглицеридов;снижение уровня холестерина и повышение триглицеридов;

*повышение уровня холестерина и триглицеридов.

ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

*диуретики;бета-адреноблокаторы;препараты раувольфии;

сердечные гликозиды;антагонисты кальция.

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

неспецифический аортоартериит;фибромышечная дисплазия;аневризмы почечных артерий;*атеросклероз почечных артерий;тромбозы и эмболии почечных артерий

В ПЕРЕДНЕЙ ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВТОРАЯ ДУГА ПО ЛЕВОМУ КОНТОРУ ОБРАЗОВАНА

ушком левого предсердия;дугой аорты;нисходящей аортой;*легочной артерией;левым желудочком.

МЕТОДИКА ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИЮ СИНУСОВОГО УЗЛА С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

*времени восстановления функции синусового узла;*корректированного времени восстановления функции синусового узла;

*времени синоатриального проведения;частоты сердечных сокращений после прекращения стимуляции.

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

*первичном альдостеронизме;*вторичном альдостеронизме;*применении диуретиков;применении ингибиторов АПФ.

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

*эхокардиография;*инвазивное исследование гемодинамики;

*ЭКГ;ангиография.

ОДНОСТОРОННИЕ ОТЕКИ НОГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

сердечной недостаточностью;*заболеваниями вен;гипотиреозом;*поражением лимфатических сосудов.

РАННИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ (СРАЗУ ПОСЛЕ 2-ГО ТОНА) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ митрального стеноза;*аортальной недостаточности;открытого артериального протока;дефекта межпредсердной перегородки; митральной недостаточности.

ОТЛИЧИТЬ ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ОТ РИТМА КОРОНАРНОГО СИНУСА ПОЗВОЛЯЕТ

*продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL > 0,10 сек;

*наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, AVL, V5-V6;*положительный зубец Р во II отведении;.отрицательный зубец Р в отведениях I и aVL.

ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ТАКЖЕ НАЛИЧИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ

*глубокий S в отведениях V1 -V2*угол альфа равный -30 градусов;косонисходящая депрессия ST в V5-V6;смещение переходной зоны к левым грудным отведениям.

ДЛЯ УЗЛОВОЙ ПАРО-КСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

- *наличие отрицательного зубца Р во II, III, aVF отведениях перед комплексом QRS;
- *резкое удлинение PQ в момент возникновения тахикардии;*обязательное уширение комплекса QRS при большой частоте сердечных сокращений;
- наличие отрицательного зубца Р в I, II, aVL отведениях.

ПРИ НАЛИЧИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q ВО II, III И AVF ОТВЕДЕНИЯХ ОЧАГОВЫЕ, ИЗМЕНЕНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

в задне-базальной области левого желудочка;в верхне-боковой области левого желудочка;в правом желудочке;в передне-перегородочной области;*в области нижней стенки.

В ОТВЕДЕНИЯХ V3-V4 РЕГИСТРИРУЕТСЯ ЗУБЕЦ Q ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,02, ГЛУБИНОЙ 2 ММ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- *блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса;
- гипертрофии межжелудочковой перегородки;*крупноочагового инфаркта миокарда;очаговых изменений передней локализации.

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ ЗУБЦОВ Q В ОТВЕДЕНИЯХ AVL, I, V5-V6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

передне-перегородочной локализации;
нижней локализации;задней стенки;*боковой локализации.

ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ ЭФФЕКТИВНО

- *введение хлористого кальция;*введение изупрела (изадрина);
- *введение добуматина;нитроглицерина.

ПОСТУРАЛЬНУЮ ГИПОТОНИЮ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

изобарин;пентамин;празозин (адверзутен);нитроглицерин.*все ответы верны

ЛИДОКАИНУ СВОЙСТВЕННЫЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

- *головокружение;*парестезии;*спутанность сознания, ступор;
- тошнота, рвота.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ СВЯЗАНЫ В ОСНОВНОМ С

вазokonстрикцией;гиповитаминозом;аллергическими реакциями;

*вазодилатацией.

ПРИ ПРИЕМЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

наблюдаются благоприятные изменения липидного состава сыворотки крови;наблюдаются неблагоприятные изменения липидного состава сыворотки крови;

липидный состав крови неблагоприятно изменяется через 6 месяцев терапии;*существенных изменений липидного состава сыворотки крови не наблюдается.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

решается индивидуально;не показана;показана в отдельных случаях;*показана всем больным.

ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ МЕДЛЕННОЙ ХОДЬБЕ ПО РОВНОМУ МЕСТУ У БОЛЬНЫХ

I функционального класса;II функционального класса;*I и II функциональных классов;
III функционального класса;II и III функциональных классов.

ПРОБА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ В СЛУЧАЕ

- *развития депрессии сегмента ST ишемического типа;
- развития инверсии зубца "Т";появления частых экстрасистол высоких градаций;появления блокады правой ножки пучка Гиса;возникновения пароксизма мерцательной аритмии.

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ ПРИ ПРИЕМЕ БЕТА-

БЛОКАТОРОВ ОБУСЛОВЛЕНО, В ОСНОВНОМ

отрицательным инотропным эффектом; отрицательным хронотропным эффектом; *как отрицательным инотропным, так и отрицательным хронотропным эффектом;

уменьшением преднагрузки на левый желудочек; уменьшением постнагрузки на левый желудочек.

У БОЛЬНЫХ ИБС С ЗАСТОЙНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ

надолол (коргард); верапамил; дилтиазем; анаприлин; *нитраты.

У БОЛЬНЫХ ИБС С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ НАЗНАЧЕНИЯ

нитратов; корватона; *бета-блокаторов и верапамила;

коринфара; фуросемида.

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СИНДРОМ ОТМЕНЫ НЕ СВОЙСТВЕНЕН

пропранололу; *нитросорбиду; атенололу; метопрололу; надололу.

СИНДРОМ ОТМЕНЫ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИБС МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

учащением приступов стенокардии; появлением приступов стенокардии в покое; снижением толерантности к физической нагрузке;

развитием инфаркта миокарда. *все ответы верны

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОДАВЛЯЕТ АВТОМАТИЗМ СИНУСОВОГО УЗЛА

сутак; корватон; *кардил (дилтиазем); коринфар; нитросорбид.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИБС ВКЛЮЧАЕТ

стенокардию; инфаркт миокарда; постинфарктный кардиосклероз;

нарушение ритма сердца. *все ответы верны

САМЫМ СПЕЦИФИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИБС НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В ПОКОЕ (ВНЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ), ЯВЛЯЕТСЯ

изменения сегмента ST и зубца T; *признаки крупноочаговых изменений (патологические зубцы Q или комплексы типа QS);

блокада ветвей пучка Гиса; нарушения ритма сердца; нарушение атриовентрикулярной проводимости.

ПРИЗНАКАМИ ВЫРАЖЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

максимальная достигнутая ЧСС менее 120 в минуту; очень раннее появление депрессии сегмента ST (на первых минутах нагрузки); длительное сохранение депрессии сегмента ST после прекращения нагрузки (в течение 6-8 мин);

появление депрессии сегмента ST во многих отведениях.

*все ответы верны

РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

гипертрофия правого желудочка; *возникновение митральной недостаточности, вследствие дисфункции папиллярных мышц;

локализация инфаркта миокарда в задней стенке левого желудочка; *формирование аневризмы левого желудочка.

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА СЧИТАЕТСЯ

новокаиномид; кордарон; *лидокаин; бета-блокаторы; сердечные гликозиды.

ПРИЗНАКАМИ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ
 спадение подкожных вен; снижение уровня пульсации внутренней яремной вены справа (или
 отсутствие ее пульсации);
 отсутствие хрипов в легких; отсутствие ортопноэ.
 *все ответы верны

К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА У
 БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ

*определение фракции выброса; *оценка степени поражения коронарных артерий; *наличие и
 выраженность желудочковых аритмий;
 возраст больного.

К ПРЕПАРАТАМ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ БОЛЬНЫМ
 ОТМЕЧЕНО ДОСТОВЕРНОЕ СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ, УМЕНЬШЕНИЕ
 ЧАСТОТЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВТОРНОГО
 ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ

дипиридамола (курантил); верапамил (финоптин); бета-блокаторы с внутренней
 симпатомиметической активностью (тразикор, вискен);

*бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности анаприлин, метопролол;
 антиаритмические препараты.

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА
 появляется, как правило, через несколько часов от начала заболевания;

*появляется, обычно, на второй день заболевания; появляется на 3-4 день
 заболевания; появляется на 5-6 день заболевания; появляется в более поздние сроки.

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ
 МИОКАРДА ЛЕЖИТ

гиповолемию; стрессовую реакцию на боль; артериальную гипотонию; *резкое снижение
 сократительной функции левого желудочка.

КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С
 ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

*уменьшение болевого синдрома; *"реперфузионные" аритмии; *быстрое возвращение
 сегмента ST на ЭКГ к изолинии;

урежение ЧСС до 60 в минуту.

ВВЕДЕНИЕ ЛИДОКАИНА БОЛЬНЫМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

*уменьшает вероятность возникновения фибрилляции желудочков;

не влияет на частоту возникновения фибрилляции желудочков; *увеличивает частоту
 асистолии желудочков; увеличивает частоту развития блокады левой ножки пучка Гиса.

Секция: Раздел: БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

Название Раздел: БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК КРОВИ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТ

эритроциты; гранулоциты; Т-лимфоциты; *В-лимфоциты;

тромбоциты

АНТИТЕЛА СЛЕДУЮЩЕГО КЛАССА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ
 ПЕРВИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ

иммуноглобулины G; иммуноглобулины A; *иммуноглобулины M;

иммуноглобулины D; иммуноглобулины E.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

макрофаги; Т-лимфоциты; *В-лимфоциты;

плазмоциты;эритроциты.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

*Т-лимфоциты;В-лимфоциты;плазмоциты;макрофаги;эритроциты.

ГЕНЕЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОЖНО НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ АНАМНЕЗА

резекцией желудка;*большим количеством детей (родов);нефрэктомией;гипосекреторным гастритом;оральной контрацепцией.

СИНЕ-БУРАЯ ШЕЛУШАЩАЯСЯ ПАПУЛО-ВЕЗИКУЛЯРНАЯ СЫПЬ НА ТУЛОВИЩЕ И КОНЕЧНОСТЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

множественной миеломы;*СПИДа;геморрагического васкулита;системной красной волчанки; лимфолейкоза.

УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ВЗРОСЛЫХ УЖЕ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*гемолитических анемий;железодефицитных анемий; множественной миеломы;болезни тяжелых цепей;мегалобластной анемии.

ЯРКО-КРАСНЫЙ ЯЗЫК НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

амилоидозе;тромбоцитопении;*мегалобластной анемии;

болезни Гоше;множественной миеломе.

ЖАЛОБЫ НА ТЯЖЕСТЬ В ГОЛОВЕ И КОШМАРНЫЕ СНОВИДЕНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ выраженной анемии;нейролейкоза;амилоидоза;*эритремии;хронического лимфолейкоза.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ HERPES LABIALIS ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

множественной миеломы;мегалобластной анемии;апластической анемии;*лимфопролиферативных заболеваний; железододефицитной анемии.

ПРИ ЗАМЕДЛЕНИИ СОЭ (МЕНЕЕ 3 ММ/Ч) СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

криоглобулинемии;болезни Гоше;*эритроцитозе;талассемии;железодефицитной анемии

ПУНКЦИЮ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ установления варианта лимфогранулематоза;диагностики лимфаденитов;установления цитохимического варианта острого лейкоза;

*диагностики метастазов рака;уточнения клеточного состава лимфатического узла.

ВНУТРИВЕННАЯ УРОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

апластической анемии;синдроме Гудпасчера;*множественной миеломе; эритремии;лимфогранулематозе.

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА СПИДА ЛЕЖИТ

паралич фагоцитарной активности прогрессирующее снижение уровня СД-8 клеток;депрессия igM;*прогрессирующее снижение уровня СД-4 клеток

ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СПИДА

исхудание, лихорадка депрессия;головная боль;нарушение мозгового кровообращения.

*все ответы верны

ДИАГНОСТИКА СПИДА ОСНОВЫВАЕТСЯ

на данных клинической картины;на бактериологическом исследовании испражнений;

на результатах посева крови;на иммунохимическом исследовании*на исследовании субвариантов лимфоцитов.

ГРУППА КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами

только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови;

по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке;

*по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРОВОДИТСЯ

для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору;

*для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО; для выявления аутоенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора;

*для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

РЕШАЮЩЕЕ ОТЛИЧИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ОТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СОСТОИТ В

темпе увеличения массы опухоли;

секреции аномальных белков; наличии метастазов; *наличии опухолевой прогрессии; увеличении СОЭ.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

биопсию лимфоузла; *стерильную пункцию; пункцию селезенки; подсчет ретикулоцитов; УЗИ печени и селезенки.

НОРМАЛЬНАЯ КАРТИНА ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МНОЖЕСТВЕННУЮ МИЕЛОМУ

исключает полностью диагноз заболевания; исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания; исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов;

*не исключает полностью диагноз заболевания

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ

снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия

*похудание; костные боли и полинейропатия; *повышение температуры тела.

РЕЖИМ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ

*ношение корсета; максимальную физическую активность

*лечебную физкультуру; ограничение движений.

РЕШАЮЩИМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);

*микроскопическое

исследование

Л1 < мфоидной

ткани; сцинтиграфия; лимфография; компьютерная и ЯМР-томография.

ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

*происхождением из В-лимфоцитов; происхождением из Т-лимфоцитов; *секрецией моноклональных иммуноглобулинов;

высокой эозинофилией

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СУБЛЕЙКЕМИЧЕСКОГО МИЕЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

*спленомегалия;анемический синдром;портальная гипертензия;тромботические осложнения;прогрессирующее похудание.

ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ

в желудке;в нисходящем отделе ободочной кишки;*в двенадцатиперстной и тощей кишках; в подвздошной кишке;в слепой кишке.

ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ ЛУЧШЕ ВСЕГО

в форме ферритина;в форме гемосидерина;*в форме тема;в виде свободного трёхвалентного железа

в виде свободного двухвалентного железа

ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН МОГУТ БЫТЬ

обильные и длительные менструальные кровопотери;

болезнь Рандю-Ослера;геморрой;опухоли желудочно-кишечного тракта*все ответы верны

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

*кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;

глумусные опухоли;алкогольный гепатит;гематурическая форма гломеруло-нефрита;рак почки.

В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ У ДОНОРА КРОВИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ

включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь;рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;

перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;*назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ МОЖЕТ БЫТЬ

гиперволемиа;многоплодная беременность;несовместимость с мужем по системе АВО;*имевшийся ранее латентный дефицит железа.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СВОДЯТСЯ

к своевременному переливанию цельной крови;*к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно

к длительному и аккуратному введению препаратов*к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.

БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ

*принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;

включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;перелить эритроцитарную массу перед родами;сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum ek;сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

желтуха;*серая кайма на деснах;кровь в кале;почечная колика;гепатомегалиа.

В12-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1 месяц;*2-3 года;5 лет;неделю;6 месяцев.

ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА БОЛЬНОГО В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

хромота;боли за грудиной;

*жжение языка;близорукость;тошнота.

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ гипертромбоцитоз;лейкоцитоз;увеличение СОЭ;*высокий цветной показатель; лимфоцитоз.

БОЛЬНОГО В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

*всю жизнь;до нормализации уровня гемоглобина;

1 год;3 месяца;курсами по три месяца два раза в год

СРЕДИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИИ РАЗЛИЧАЮТ

наследственные;приобретенные;симптоматические;идиопатические*все ответы верны

АУТОИММУННЫЙ ГЕМОЛИЗ МОЖЕТ БЫТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКИМ И ОСЛОЖНИТЬ ТЕЧЕНИЕ

инфаркта миокарда;*диффузных болезней соединительной ткани;

острой пневмонии;*лимфопролиферативного синдрома.

К АНТИКОАГУЛЯНТАМ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

фенилин;*гепарин;свежезамороженная плазма;тиклид;аминокапроновая кислота.

К АНТИКОАГУЛЯНТАМ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ

*фенилин;гепарин;свежезамороженная плазма;тиклид;аминокапроновая кислота.

К АНТИАГРЕГАНТАМ ОТНОСЯТСЯ

фенилин;гепарин;*тиклид;аминокапроновая кислота;

ксантинол-никотинат.

К СРЕДСТВАМ, ПОДАВЛЯЮЩИМ ФИБРИНОЛИЗ, ОТНОСЯТСЯ

гепарин;рекомбинантный антитромбин III;

*аминокапроновая кислота;тиклид;фибринолизин.

ГЕМОРАГИЧЕСКОМУ ВАСКУЛИТУ (БОЛЕЗНИ ШЕН-ЛЕЙНА-ГЕНОХА) СВОЙСТВЕННО

*развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции;

наличие антитромбоцитарных антител*упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно;

развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно- положительная реакция Вас-сермана, синтез антител к ДНК.

ДЛЯ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ ХАРАКТЕРНО

фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки;аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов;

типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голеней, бедер и ягодиц;

развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

*все ответы верны

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ДВС-СИНДРОМ

*терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования;

*диагностировать ДВСсиндром следует раньше, чем появятся его клинические признаки

*диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК

терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДВС-СИНДРОМА ОСНОВАНА НА

*положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах;
 *развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов;*повышении кофакторной активности фактора Виллебранда;гиперфибриногенемии

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА СВОДЯТСЯ К

рациональному применению антибиотиков при септических состояниях;снижению травматичности оперативных вмешательств;предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;

рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

*все ответы верны

ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМОЙ НЕОБХОДИМО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРИНЦИПОВ

вводить свежемороженную плазму внутривенно, медленно, капельно;*вводить свежемороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут;

размороженную и неиспользованную свежемороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости

*использование гепарина в комплексе со свежемороженной плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов.

СДВИГ ДО ПРОМИЕЛОЦИТОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

*сепсисе;*остром лейкозе;*синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе); остром воздействии радиации

НЕБОЛЬШУЮ ЦИТОПЕНИЮ МОГУТ ВЫЗВАТЬ

сульфаниламиды;*мерказолил;миорелаксанты;антибиотики;мочегонные.

ПРИЧИНОЙ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ МОГУТ БЫТЬ

*аутоиммунные гемолитические анемии;

дизэритропоэтическая анемия;*В12-дефицитная анемия;лимфогранулематоз

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

отеки;тахикардия;желтушность кожи;*снижение артериального давления.

ПЕРВОСТЕПЕННЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ НЕЗАВИСИМО ОТ ЕЕ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

трансфузия свежемороженной плазмы;трансфузия коллоидов;назначение стероидов;*переливание эритроцитной массы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА

геморрагический синдром ангиоматозного типа;*геморрагический синдром гематомно-петехиального типа;

геморрагический синдром петехиально-синячкового типа;*признаки тромбозов

В ЛЕЧЕНИИ ДВС-СИНДРОМА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

аминокапроновая кислота и фенилин;

*свежемороженная плазма;стрептокиназа:*гепарин.

ВЕДУЩИМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

*особенности клинической картины;общий анализ крови и коагулограмма;*результаты гистологического исследования кожи;

уровень иммунных комплексов в крови.

ОСТРЫМ АГРАНУЛОЦИТОЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ
 *быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$;
 быстрым снижением числа грану-лоцитов в крови ниже $1,0 \cdot 10^9/\text{л}$;
 резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \cdot 10^9/\text{л}$; резким падением числа
 тромбоцитов в крови ниже $5 \cdot 10^9/\text{л}$; быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже
 $0,05 \cdot 10^9/\text{л}$.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ВКЛЮЧАЕТ

*слабость; *лихорадку; *инфекционный процесс; геморрагический синдром петехиального или
 гематомного типа.

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСЯТСЯ

потемнение мочи; отеки; сухость во рту; *желтушность кожи

РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ
 ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ ЯВЛЯЮТСЯ

*ретикулоцитоз; повышение уровня непрямого билирубина в крови;

*снижение гематокрита; снижение уровня сывороточного железа.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖЕТ
 ЯВЛЯТЬСЯ

Катаракта; инвазия острицами; язвенная болезнь желудка *инвазия широким лентецом.

Секция: Раздел: БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Название Раздел: БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНСУЛИНА НАБЛЮДАЕТСЯ

*гипергликемия; *увеличение образования кетоновых тел;

*уменьшение синтеза гликогена; усиление синтеза гликогена; уменьшение образования
 кетоновых тел

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНСУЛИНА НАБЛЮДАЕТСЯ

*гипергликемия; *гиперкетонемия; *жировая инфильтрация
 печени; гиполипотеинемия; снижение уровня неэтерифицированных жирных кислот

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

вирусного повреждения поджелудочной железы; *нарушения чувствительности рецепторов к
 инсулину;

нарушения биосинтеза инсулина; *аутоиммунного повреждения поджелудочной железы

УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 РЕЗУЛЬТАТОМ

*жирового гепатоза; гепатита; цирроза; сердечной недостаточности;

диабетической нефропатии

НОРМАЛЬНЫЙ БАЗАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ (ПО ЧИСТОЙ ГЛЮКОЗЕ)
 СОСТАВЛЯЕТ

8,3-10,1 ммоль/л; 6,2-9,3 ммоль/л; 2,7-5,5 ммоль/л; 3,8-6,7 ммоль/л; *3,3-5,5 ммоль/л.

МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМЫЙ (ДЛЯ ЗДОРОВЫХ) УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
 ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ СОСТАВЛЯЕТ

8,43 ммоль/л; 7,22 ммоль/л; 9,6 ммоль/л; 10,1 ммоль/л; *7,8 ммоль/л.

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ТИПА ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ
 ИССЛЕДОВАНИЯ

*тест толерантности к глюкозе; *глюкозокортикоидную пробу; *исследование пробным
 завтраком, включающим 300 грамм легкоусвояемых углеводов, с последующим (через 2 часа)

определением сахара в крови;

УЗИ поджелудочной железы

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

брадикардией;*тахикардией;зависимостью частоты пульса от ритма дыхания, физических и эмоциональных нагрузок;

*ортостатической артериальной гипотензией

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВКЛЮЧАЕТ

диабетическую ретинопатию;блефарит;ячмень;дистрофические изменения роговицы

*все ответы верны

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ II ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*повышенным или нормальным содержанием инсулина в плазме;*отсутствием ассоциации с HLA-гаплотипами;*отсутствием склонности к кетоацидозу;наличием антител к инсулинообразующим клеткам островков поджелудочной железы;

нормальным состоянием инсулиновых рецепторов

НАИМЕНЬШИМ АНТИГЕННЫМ СВОЙСТВОМ ОБЛАДАЕТ

инсулин крупного рогатого скота;

китовый инсулин;овечий инсулин;*свиной инсулин

ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОКАЗАНО ПРИ

диабетической ретинопатии I стадии;диабетической нефропатии III стадии;перенесенном гепатите;*сахарном диабете II типа средней тяжести

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ БИГУАНИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*сахарный диабет II типа в сочетании с ожирением;хронические заболевания, сопровождающиеся тканевой гипоксией;

*ожирение;сахарный диабет I типа

К ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЯМ БИГУАНИДОВ ОТНОСЯТСЯ

*молочнокислый ацидоз;*диспепсические явления;*аллергические кожные реакции;

тахикардия

ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ

*сахарного диабета;*атеросклероза;*желчно-каменной болезни;

почечно-каменной болезни;хронического гастрита

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНЫ

похудание;постоянное сердцебиение;общий гипергидроз;

дрожание конечностей, мышечная слабость

*все ответы верны

В ТЕРАПИИ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

*бета-адреноблокаторы;*глюкокортикоиды;*мерказолил;верошпирон

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ МОЛОЖЕ 30 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

*оперативное лечение ¹³¹ J;лечение мерказолилом;комбинированное лечение мерказолилом и глюкокортикоидами;

лечение глюкокортикоидами

ДЛЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

*повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы;

увеличение шейных лимфатических узлов;*равномерное включение радиофармпрепарата в ткань щитовидной железы;повышение температуры тела

ДЛЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

*выраженный болевой синдром;*лейкоцитоз, увеличения СОЭ;*повышение титра антител к тиреоидным гормонам; экзофтальм

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

*определение тироксина (Т4);*определение тиреотропного гормона (ТТГ);*определение трийодтиронина (Тз);определение белково-связанного йода в крови (СБИ);

определение основного обмена

ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*наличием узлового зоба;эндокринной офтальмопатией;*снижением уровня ТТГ;сочетанием с миастенией;высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ)

ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО

сухость кожных покровов;

склонность к запорам;сонливость;брадикардия*все ответы верны

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЮТ

*тиреоидин;*тироксин;*трийодтиронин;мерказолил

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ХАРАКТЕРНО

*истончение конечностей;*атрофия мышц ягодичной области;*наличие стрий;выпадение волос на лобке и в подмышечных областях

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА И КОРТИКОСТЕРОМЫ

*определение суточного ритма кортизола;*проба с дексаметазоном;*сканирование надпочечников;определение суммарного количества 17 кетостероидов в крови;

проба с АКТГ

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

травма черепа с последующим кровоизлиянием;

опухоль турецкого седла;туберкулез;менингоэнцефалит*все ответы верны

ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

неврогенной анорексией;аддисоновой болезнью;первичным гипотиреозом;первичным гипогонадизмом

*все ответы верны

ДЛЯ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ

*пигментация;*артериальная гипотензия;*похудание;аменорея;повышение основного обмена

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

гемохроматозом;диффузным токсическим зобом;склеродермией;хроническим энтеритом*все ответы верны

ПРИ СОЧЕТАНИИ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

кортизола;дексаметазона;преднизолона;*ОКСА

ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ АДДИСНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

*гидрокортизон сукцинат (внутривенно);*ДОКСА (внутримышечно);*физиологический раствор с глюкозой (внутривенно);

ДОКСА (сублингвально)

ПРИ СОЧЕТАНИИ АДДИСОНОВОЙ БОЛЕЗНИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

докса;кортизона;преднизолона;*триамсинолона;дексаметазона

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*вегетативно-сосудистыми нарушениями;

кожными высыпаниями;*нейропсихическими расстройствами;диспепсическими расстройствами

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

приливами;болью в сердце;чувством нехватки воздуха;

диэнцефальными кризами*все ответы верны

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИМЕНЯЮТ

*седативные средства;*препараты, снижающие тонус симпатической нервной системы;

*малые дозы эстрогенов или андрогенов;блокаторы функции щитовидной железы

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИМЕНЕНИЕ

индерала;эрготамина;препаратов калия;

климактерина*все ответы верны

ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НАЗНАЧАЮТ

внутримышечное введение 5% раствора глюкозы;

подкожное введение 5% раствора глюкозы;прием внутрь 2-3 кусочков сахара;*внутривенное вливание раствора глюкозы

ДЛЯ СИНДРОМА ГАЛАКТОРЕИ-АМЕНОРЕИ ХАРАКТЕРНО

гипертрихоз;бесплодие;избыточная масса тела;лакторея*все ответы верны

ЯТРОГЕННАЯ ГАЛАКТОРЕЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ

*нейролептиков;*антидепрессантов;*оральных контрацептивов;

нитратов

ДЛЯ ИНСУЛИН-НЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ХАРАКТЕРНО

гликемия натощак 5,5 ммоль/л;гликемия через 2 часа после еды не более 7 ммоль/л;отсутствие гликозурии;*отсутствие ацетонурии

САХАРОПОНИЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФАНИЛМОЧЕВИНЫ СВЯЗАНО С

повышением секреции эндогенного инсулина;потенцированием действия инсулина;нейтрализацией действия антагонистов инсулина;

улучшением утилизации глюкозы*все ответы верны

ДЛЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНЫ

гиперосмолярность;*гипергликемия;*гипернатриемия;дыхание типа Куссмауля;
 кетоацидоз
 СТОЙКАЯ ТАХИКАРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ
 ДИАБЕТОМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА
 сочетанием с токсическим зобом;сердечной недостаточностью;гипохромной
 анемией;автономной сердечной нейропатией
 *все ответы верны

ДЛЯ СИНДРОМА ГАЛАКТОРЕИ-АМЕНОРЕИ ХАРАКТЕРНО
 гипертрихоз;бесплодие;избыточная масса тела;лакторея*все ответы верны

ЯТРОГЕННАЯ ГАЛАКТОРЕЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ
 нейрорепрессантов;антидепрессантов;резерпина и его производных;
 оральных контрацептивов*все ответы верны

ДЛЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ II СТАДИИ ХАРАКТЕРНО
 точечные кровоизлияния в сетчатку;
 микроаневризмы;наличие мягких экссудатов;отсутствие неоваскуляризации*все ответы
 верны

Секция: Раздел: РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ
 Название Раздел: РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ
 ДЛЯ СИСТЕМНОЙ-СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
 *диффузного пневмофиброза;*базального пневмофиброза;*адгезивного плеврита;увеличения
 размеров сердца
 К БЕЛКАМ ОСТРОЙ ФАЗЫ ОТНОСЯТ
 С-реактивный белок;
 гаптоглобулин;альфа-глобулин;церулоплазмин*все ответы верны

ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕМ
 *увеличением экскреции гидроксипролина;*увеличением концентрации сывороточного
 кальция;
 *повышением активности щелочной фосфатазы;повышением содержания фибриногена в
 сыворотке

ПОРАЖЕНИЕ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ОДНОГО ИЗ
 ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 ревматизма;системной красной волчанки;
 *дерматомиозита;ревматической полимиалгии;
 системной склеродермии
 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ
 ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

локтевых суставах;плечевых суставах;*проксимальных межфаланговых или пястно-
 фаланговых суставах;
 коленных суставах;голеностопных суставах
 ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО
 наличие боли "механического" типа в суставах;*периодическая "блокада"
 суставов;*медленное развитие болезни;*преимущественное поражение суставов ног и
 дистальных межфаланговых суставов кистей

ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА 32 ЛЕТ С ЯВЛЕНИЯМИ АРТРИТА КОЛЕННОГО И ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВОВ. НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЕ ПОДКОЖНЫЕ УЗЛЫ РАЗМЕРОМ С 3-5 СМ С ЦИАНОТИЧНОЙ ОКРАСКОЙ КОЖИ НАД НИМИ. СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ - 35. ММ/Ч. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

ревматоидный артрит; острая ревматическая лихорадка; *синдром Лефгрена (форма Саркоидоза); вирусный артрит; подагрический артрит

В ОТНОШЕНИИ РЕВМАТИЗМА СПРАВЕДЛИВО

*связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией; *наличие типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя-Джонса);

*склонность к формированию порока сердца; развитие ревматического полиартрита у всех больных

ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА В КЛАССИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХАРАКТЕРНО

деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата; *поражение крупных суставов; высокие показатели активности ревматического процесса; *быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах

ДЛЯ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ГОНОКОККОВОГО АРТРИТА ВЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

возбудителем является гонококк; гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага; предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность; *при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей

АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

сохранение или ослабление I тона;

отсутствие II тона; *мезосистолический щелчок; аортальный тон изгнания; протодиастолический шум

У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ

*гигантоклеточный артериит; геморрагический васкулит;

узелковый периартериит; болезнь Бюргера; микроскопический полиангиит

ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО

поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания;

алопеция может быть локализованной или диффузной; фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения амино-хинолиновыми препаратами;

встречаются дискоидные очаги

*все ответы верны

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК

изолированный мочевого синдром; нефритический мочевого синдром; нефротический мочевого синдром; пиелонефритический мочевого синдром

*все ответы верны

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МОЖЕТ

ПРОЯВЛЯТЬСЯ

преходящими нарушениями мозгового кровообращения;
судорогами; периферической полинейропатией; психозами *все ответы верны

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*активность волчаночного нефрита; *высокая общая активность болезни; *резистентность к глюкокортикостероидам;

выраженность синдрома Рейно

ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОРАЖАЕТСЯ КОЖА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКОВ ТЕЛА

лица, пальцев кистей и стоп; *туловища и проксимальных отделов конечностей;

туловища; лица; пальцев кистей

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ РАЗВИТИИ ИСТИННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

бета-адреноблокаторы; *ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;

нативная плазма; глюкокортикостероиды; цитостатики

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕРМАТОМИОЗИТА СЛУЖИТ

*параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);

эритема на открытых участках кожи; пойкилодермия; алопеция; синдром Рейно

ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНО

анемия; боль в плечевом и/или тазовом поясе;

значительное увеличение СОЭ; возраст больных старше 40 лет *все ответы верны

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

гепатотоксические; нефротоксические; гематологические; кожные; *желудочно-кишечные

ВОСПАЛЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АКТИВНОСТИ

креатинфосфокиназы; аминотрансфераз; альдолазы; лактатдегидрогеназы *все ответы верны

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ КИСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;

*ульнарная девиация; в виде "шеи лебедя"; в виде "бутоньери"; в виде "молоткообразного пальца"

ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

дефицит железа в организме;

аутоиммунный процесс; дефицит фолиевой кислоты; *неизвестна; гемолиз

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов;

поражение легких;

подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга; уремия при вторичном амилоидозе почек; *осложнения лекарственной терапии

К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

околосуставной остеопороз; узурация суставных поверхностей эпифиза;

кисты в эпифизах;*сужение суставной щели

ОБЩИМ ПРИЗНАКОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

наличие сакроилеита;асимметричный артрит периферических суставов;тенденция к семейной агрегации;преимущественное поражение суставов нижних конечностей

*все ответы верны

ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ

*ирит и иридоциклит;

склерит;конъюнктивит;блефарит;катаракта

САКРОИЛЕИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

синдроме Рейтера;псориатическом артрите;болезни Бехтерева;неспецифическом язвенном колите

*все ответы верны

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ МОНОАРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

тест муцинового сгустка;определение глюкозы в синовиальной жидкости;определение комплемента в синовиальной жидкости;*микроскопическое исследование синовиальной жидкости;

клинический анализ крови

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПОДАГРЫ ВКЛЮЧАЕТ

ограничение суточного потребления белков;

малокалорийную диету;ограничение потребления бобовых;ограничение спиртных напитков*все ответы верны

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДВУСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

протрузия вертлужных впадин;укорочение нижних конечностей;сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме*нарушение внутренней и наружной ротации бедер

ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

нестероидные противовоспалительные препараты;

трасилол;поливинилпирролидон;глюкокортикостероиды внутрисуставно*все ответы верны

ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

грубый шум трения перикарда (до появления экссудата);расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически;

инфарктноподобная ЭКГ;ослабление тонов сердца*все ответы верны

ПЕРВИЧНЫЙ РЕВМАТИЗМ С НАЛИЧИЕМ ОСТРОГО ПОЛИАРТРИТА, СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ КАРДИТОМ, ПЕРИКАРДИТОМ, ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ФОРМИРОВАНИЕМ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЕТ В ВОЗРАСТЕ

3-6 лет;*7-15 лет;20-25 лет;40-45 лет;50-55 лет

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

серопозитивность по ревматоидному фактору;

снижение уровня комплемента по СН50;ложноположительная реакция Вассермана;антитела к нативной ДНК*все ответы верны

Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят:
при торпидном течении болезни;малой эффективности глюкокортикостероидов и
цитостатиков;высокой активности люпус-нефрита;высоком содержании в крови
криопреципитинов и иммунных комплексов

*все ответы верны

ПЕРВАЯ ФАЗА СИНДРОМА РЕЙНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

реактивной гиперемией кожи пальцев кистей:цианозом дистальных отделов
конечностей;* "повелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции;

парестезиями по всей руке, ноге;реактивной гиперемией кожи стоп

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЦИТОПЕНИЮ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ВЫЗЫВАЕТ

напроксен;пироксикам;*бутадиен;диклофенак-натрия (вольтарен);индометацин

ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬЦИТОНИНА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

подавляет резорбцию костной ткани;способствует предотвращению переломов костей;

увеличивает плотность костной ткани;оказывает анальгезирующее действие*все ответы верны

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ (УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ, ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА) ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки;пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки
внутривенно 3 дня подряд;

назначение циклофосфамида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь;гемосорбцию*все ответы верны

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;латентное течение
воспалительного процесса в позвоночнике;анкилозирование межпозвонковых суставов;первые
признаки заболевания кожные;наличие воспалительного процесса в суставах и/или
позвоночнике

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ СЕПТИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ

стафилококк;стрептококк;клебсиелла;протей*все ответы верны

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА (БОРЕЛЛИОЗА) ХАРАКТЕРНО

мигрирующая эритема;артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы;

лимфаденопатия;поражение ЦНС*все ответы верны

НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ВЛИЯЕТ

носоглоточная инфекция;нарушение режима питания;значительное физическое
перенапряжение

голодание*все ответы верны

РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА СПОСОБСТВУЕТ

генетические факторы;ожирение;дисплазия суставов, приводящая к изменению
конгруэнтности суставных поверхностей;

перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом

*все ответы верны

УЗЕЛКИ БУШАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

подагре;ревматоидном артрите;*остеоартрозе;ревматизме;узелковом периартериите

ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ - ДИСТАЛЬНЫХ (УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА) И ПРОКСИМАЛЬНЫХ (УЗЛЫ БУШАРА) - ЯВЛЯЕТСЯ

сужение суставных щелейсубхондральныйостеосклероз;узурация суставных поверхностей костей остеопороз

*все ответы верны

ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ НАИБОЛЕЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

*тазобедренные суставы;коленные суставы;дистальные межфаланговые суставы кистей; плечевые суставы;голеностопные суставы

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

вес тела;плотность костной ткани;

частота переломов;пол*все ответы верны

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА

кости таза;*головка бедренной кости;позвонки;*головка плечевой кости;надмышечки плечевой кости

БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЯТКИ (ТАЛАЛГИЯ) МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

энтезопатией в области бугра пяточной кости;подпяточным бурситом;кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой");

артритом плюсне-фаланговых суставов*все ответы верны

РАЗВИТИЕ РЕВМАТИЗМА СВЯЗАНО С ИНФИЦИРОВАНИЕМ

вирусом;стафилококком;*бетта-гемолитическим стрептококком группы А;

альфа-гемолитическим стрептококком группы А;сальмонелла

ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

*снижение в крови уровня комплемента СН 50;*наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре;*гипергаммаглобулинемия;снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов

ПРОЯВЛЕНИЕМ КОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖЕТ БЫТЬ

*алопеция;*фотодерматоз;*сетчатое ливедо;витилиго

ДЛЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЕРНО

в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит

редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения;характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации;миокардит*все ответы верны

К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ

острое нарушение мозгового кровообращения;

деменцию;мигрень;поперечный миелит*все ответы верны

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЛЮПУСНЕФРИТОМ КОРРЕЛИРУЕТ С артериальной гипертензией; нефротическим синдромом; высоким содержанием в крови антител к ДНК;

низким содержанием в крови комплемента*все ответы верны

ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ

*артериолы и капилляры; сосуды среднего калибра; сосуды любого диаметра; крупные сосуды; венозные сосуды

ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК

изолированный мочевого синдром с незначительной протеинурией; мочевого синдром с нестойкой артериальной гипертензией; диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии;

нефротический синдром

*все ответы верны

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

острым нарушением мозгового кровообращения;

депрессией; инфарктом миокарда; тромбоэмболией легочной артерии*все ответы верны

АЗАТИОПРИН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

ревматоидном артрите; системной красной волчанке;

болезни Шегрена; дерматомиозите*все ответы верны

У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ПРЕБЫВАНИЯ НА СОЛНЦЕ ВОЗНИКЛО НЕДОМОГАНИЕ, СУБФЕБРИЛИТЕТ, ОТЕЧНОСТЬ И БОЛИ В ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ И ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

ревматоидный артрит;*системная красная волчанка; реактивный артрит;

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

12. Алкогольная болезнь печени. Этиология. Классификация. Диагностические критерии.
13. Алкогольная болезнь печени: принципы терапии.
14. Анафилактический шок: этиопатогенез, диагностика
15. Антифосфолипидный синдром. Патогенез. Клиника. Диагностика принципы лечения.
15. Артериальная гипертензия и беременность, принципы терапии.
16. Артериальная гипотония: этиология, клиника, диагностический алгоритм.
17. Асцит при заболеваниях печени: механизмы формирования, принципы терапии.
18. Атипичная пневмония. Этиология, патогенез. Клинические особенности заболевания, течение. Патогенетическая терапия с позиций медицины доказательств. Профилактика.
19. Базисная терапия бронхиальной астмы и принципы этапности лечения с позиции национальных и международных рекомендаций.
20. Базисная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (национальные и международные рекомендации).
21. Болезнь Бехтерева: клиника, диагностика.
22. Болезнь Рейтера. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Боль в нижней части спины в практике терапевта. Дифференциально-диагностический алгоритм.

24. Брадикардия: дифференциальная диагностика при брадиаритмиях.
25. Бронхиальная астма: классификация, оценка степени тяжести бронхиальной астмы.
26. Вариантная стенокардия: диагностическая и лечебная тактика.
27. Внезапная сердечная смерть: определение, факторы риска.
28. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника, диагностика, лечение.
29. Гастродуоденальные и кишечные кровотечения: диагностическая и лечебная тактика.
30. Гипертоническая болезнь: принципы терапии, основные группы гипотензивных препаратов.
31. Гипертонические кризы: классификация, дифференциально-диагностический алгоритм.
32. Гипокортицизм. Классификация. Этиология и патогенез первичной надпочечниковой недостаточности. Клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика.
33. Гипотиреоз в практике терапевта: этиология, клинические проявления, диагностика, принципы терапии.
35. Гломерулонефриты: основные клинико-лабораторные синдромы, принципы терапии.
36. ДВС в терапевтической практике - дифференциально-диагностический и лечебный алгоритм.
37. Депрессии в терапевтической практике.
38. Дерматомиозит: клиника, диагностика, принципы терапии.
39. Диабетические комы. Причины. Клиническая картина. Неотложная помощь.
40. Диабетические комы: дифференциальная диагностика.
41. Диагностика и принципы терапии диффузного токсического зоба.
42. Диагностические критерии ревматоидного артрита.
43. Дискинезии ЖВП: клиника, диагностика, принципы терапии.
44. Дисфункция билиарного тракта. Основные принципы лечения.
45. Дисфункция билиарного тракта: классификация, методы диагностики.
46. Дифференциальная диагностика кардиалгий.
47. Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
48. Дифференциальная диагностика мочевого осадка.
49. Дифференциальная диагностика при гипербилирубинемии.
50. Дифференциальная диагностика при запорах.
51. Дифференциальная диагностика при синдроме артериальной гипертензии.
52. Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
53. Дифференциально-диагностическая тактика при анемиях.
54. Дифференциальный диагноз ренальных артериальных гипертензий (АГ).
55. Дифференциальный диагноз эндокринных АГ.
56. Дифференцированная терапия гипертонических кризов.
57. Диффузные заболевания легких (саркоидоз, альвеолит, эозинофильная пневмония, синдром Гудпасчера).
58. Диффузный токсический зоб: клиника, диагностика.
59. Желудочно-кишечное кровотечение, диагностика, неотложные мероприятия.
60. Жидкость в плевральной полости: диагностический алгоритм.
61. ИБС - определение, классификация.
62. Изолированная гипербилирубинемия: дифференциально-диагностическая тактика.
63. Инфекции мочевыводящих путей: клиника, диагностика. Асимптоматическая бактериурия.
64. Инфекции мочевыводящих путей: принципы терапии.
65. Инфекционный эндокардит: лечение и профилактика.
66. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, патогенез, клиника. Критерии

диагноза с позиций доказательной медицины.

67. Иододефицитные состояния: клинические проявления, лечение и профилактика.
68. Кардиогенный шок: классификация, клинические проявления.
69. Кардиогенный шок: неотложная терапия.
70. Кардиомиопатии: классификация, клинические проявления.
71. Классификация дислипидемий.
72. Классификация хронических диффузных заболеваний печени.
73. Классификация хронической сердечной недостаточности.
74. Климактерический синдром: клиника, диагностика, тактика врача-терапевта.
75. Клинико-лабораторные методы оценки функции печени.
76. Клинические варианты острого инфаркта миокарда.
77. Клинические маски феохромоцитомы. Методы диагностики феохромоцитомы.
78. Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний щитовидной железы.
79. Легочная гипертензия (легочное сердце): тактика терапии.
80. Легочная гипертензия (легочное сердце): этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика.
81. Лекарственное поражение печени. Этиопатогенез. Формы. Диагностические критерии. Принципы терапии.
82. Лечебная тактика при остром коронарном синдроме без стойкого подъема ST (национальные и международные рекомендации).
83. Лечебная тактика при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (национальные и международные рекомендации).
84. Лечение кардиогенного шока при инфаркте миокарда.
85. Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.
86. Лечение функциональных заболевания желудочно-кишечного тракта.
87. Лимфаденопатия: дифференциально-диагностическая тактика.
88. Лихорадка неясного генеза: определение, диагностический алгоритм.
89. Синдром повышенной СОЭ в практике врача-терапевта.
90. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов.
91. Метаболический синдром: понятие, критерии диагностики, принципы терапии.
92. Миокардиты: клиника, диагностика, принципы терапии.
93. МСЭ и принципы амбулаторного ведения больных с заболеваниями органов дыхания.
94. МСЭ и принципы амбулаторного ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
95. МСЭ и принципы амбулаторного ведения больных с эндокринологической патологией.
96. МСЭ и принципы амбулаторного ведения больных с заболеваниями ЖКТ.
97. МСЭ и принципы амбулаторного ведения больных с заболеваниями мвп.
98. Надпочечниковая недостаточность: основные клинические проявления, диагностика.
99. Неалкогольный стеатогепатит. Этиопатогенез. Особенности клинической картины. Лабораторно -инструментальные методы диагностики.
100. Неалкогольный стеатоз, стеатогепатит. Тактика ведения и лечения больных. Критерии эффективности терапии.
101. Немедикаментозная и лекарственная терапия АГ.
102. Немедикаментозные методы лечения ХНИ.
103. Неотложная терапия астматического статуса.
104. Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке.

105. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: клинико-диагностические параллели.
106. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: основные принципы терапии.
107. Нефротический синдром: этиологическая характеристика, характеристика лабораторных тестов.
108. Новые ишемические синдромы в практике терапевта.
109. НПВП-гастропатия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы терапии и профилактики.
110. Ожирение: классификация, диагностический алгоритм и лечения.
111. Ожирение: основные принципы терапии.
112. Осложнения острого инфаркта миокарда.
113. Основные группы антиаритмических препаратов: механизм действия.
114. Особенности ведения беременных с заболеваниями ССС.
115. Особенности ведения беременных с заболеваниями ЖКТ.
116. Особенности ведения беременных с заболеваниями МВП.
117. Особенности клинического течения пневмонии в зависимости от этиологического фактора.
118. Остеоартроз: клинические проявления, методы диагностики.
119. Остеоартроз: принципы терапии.
120. Остеопороз: группы риска, стандарты диагностики.
121. Остеопороз: принципы терапии.
122. Острая крапивница. Отек Квинке. Клиническая картина. Неотложная помощь.
123. Острая надпочечниковая недостаточность: причины возникновения, клиническая картина, диагностика. Неотложная помощь при аддисоническом кризе.
124. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.
125. Острая сердечная недостаточность: этиология, патогенез, клиника.
126. Острая сердечная недостаточность: тактика терапии (национальные и международные рекомендации).
127. Острый коронарный синдром: клиника, лабораторная и инструментальная диагностика.
128. Отек легких: диагностика, принципы терапии.
129. Отеки в практике врача-терапевта: диагностический алгоритм.
130. Пароксизмальная тахикардия: клиника, диагностика.
131. Пароксизмальная тахикардия: принципы терапии.
132. Перикардиты: этиология, клинические проявления, диагностическая тактика.
133. Печеночно-клеточная недостаточность: принципы диагностики и терапии.
134. Плеврит: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
135. Пневмонии: этиопатогенез, клиника, диагностика.
136. Подагра. Стадии развития подагры. Критерии диагностики.
137. Принципы антибактериальной терапии инфекционного эндокардита. Схемы лечения начала антибактериальной терапии до установления возбудителя и после установления этиологии заболевания.
138. Принципы антибактериальной терапии пневмонии, критерии эффективности. Особенности АБ-терапии пневмоний на современном этапе.
139. Принципы дифференциальной диагностики при синдроме головной боли.
140. Принципы лечения железодефицитных анемий.
141. Принципы лечения мегалобластных анемий.
142. Принципы лечения нарушений липидного обмена. Основные классы липид-

корректирующих препаратов.

143. Принципы лечения острого инфаркта миокарда.
144. Принципы лечения отечно - асцитического синдрома при циррозе печени.
145. Принципы лечения ревматоидного артрита.
146. Принципы медикаментозного лечения сахарного диабета 2 типа.
147. Принципы медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности (национальные и международные рекомендации).
148. Принципы медикаментозной терапии хронического панкреатита.
149. Принципы терапии внебольничных пневмоний.
150. Принципы терапии и профилактики ревматизма.
151. Принципы терапии нозокомиальных пневмоний.
152. Принципы терапии сахарного диабета 2 типа.
153. Приобретенные пороки сердца, клинические проявления, диагностика.
154. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, профилактические режимы.
155. Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.
156. Ранняя диагностика колоректального рака.
157. Ранняя диагностика рака желудка.
158. Ранняя диагностика рака легких.
159. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины.
160. Ревматическая болезнь сердца: клинические проявления, критерии диагностики.
161. Сахарный диабет 2 типа: клинические проявления, диагностические критерии (национальные алгоритмы и международные рекомендации).
162. Сепсис в терапевтической практике.
163. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Функциональные пробы, интерпретация и их значение в диф. диагностике.
164. Синдром мальабсорбции: этиология, диагностика, принципы терапии.
165. Синдром Морганьи-Адамс-Стокса: клиника, диагностика, принципы терапии.
166. Синдром обструктивного ночного апноэ как фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний.
167. Синдром раздраженного кишечника: этиология, патогенез, диагностический алгоритм.
168. Синдром раздраженной кишки: принципы терапии (национальные алгоритмы и международные рекомендации).
169. Синдром слабости синусового узла: клинические проявления, ЭКГ диагностика, электрофизиологическая диагностика.
170. Синдром удушья: дифференциальная диагностика.
171. Синдромы оперированного желудка: определение, методы обследования, лечебные мероприятия.
172. Синкопальные состояния: определение, дифференциально-диагностическая тактика.
173. Системная красная волчанка: клиника, критерии диагностики.
174. Системная склеродермия: клиника, диагностика.
175. Системные васкулиты в практике врач-терапевта.
176. Современные представления об этиологии и патогенезе атеросклероза.
177. Сравнительная оценка основных медикаментозных антигипертензивных препаратов.
178. Стабильная стенокардия: национальные рекомендации по терапии и профилактике.
179. Стабильная стенокардия: национальные рекомендации по терапии и профилактике.
180. Стеатогепатит: этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы терапии.

181. Стратификация факторов риска у больных гипертонической болезнью.
182. Субфебрилитет: возможные причины, дифференциальная диагностика.
183. Тактика ведения больных с ХСН на фоне приобретенных пороков сердца.
184. Тампонада сердца: группы риска, клиника, диагностика.
185. Тиреотоксикоз: клиника, диагностика.
186. Тиреотоксический криз, гипотиреоидная кома.
187. Тромбоз легочной артерии: клиника, диагностика, группы риска.
188. Тромбоз легочной артерии: тактика терапии.
189. Ушиб сердца: клиника, диагностика, тактика терапии.
190. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).
191. Фибрилляция предсердий: восстановление синусового ритма - показания, противопоказания, способы восстановления.
192. Фибрилляция предсердий: принципы поддерживающей терапии. Профилактика тромбоэмболических осложнений.
193. Функциональные пробы в кардиологии и их диагностическое значение.
194. Функциональные пробы в пульмонологии.
195. ХОБЛ: определение, классификация, клинические проявления.
196. ХОБЛ: принципы терапии (национальные и международные рекомендации).
197. Хроническая болезнь почек: принципы терапии.
188. Хроническая болезнь почек: причины развития, стратификация стадий.
198. Хроническая диарея: этиология, патогенез, диагностический алгоритм.
199. Хронический аутоиммунный тиреоидит: основные клинические проявления, диагностика.
200. Хронический бронхит: клиника, диагностика.
201. Хронический бронхит: лечебная тактика.
202. Хронический панкреатит: клиника, диагностика, принципы терапии.
203. Хронический панкреатит: принципы терапии.
204. Цирроз печени: этиопатогенез, клиника, диагностика.
205. Этиология и диагностика апластических анемий.
206. Этиология и диагностика гемолитических анемий.
207. Этиология и диагностика мегалобластных анемий.
208. Этиология и лабораторная диагностика железодефицитных анемий.
209. Язвенная болезнь желудка и 12-п. кишки: этиология, клинко-диагностические параллели.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больная Е., 54 лет, поступила в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, нарушение зрения, сонливость, смену настроений.

Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией с 48 лет, после наступления менопаузы, с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт. ст. С этого же времени отмечает прибавку массы тела на 25 кг. Постоянной гипотензивной терапии не получает. В течение последнего года беспокоит нарушение сна с частыми и длительными периодами остановки дыхания во сне, компенсируемое дневной сонливостью. Отмечает склонность к депрессии. Ведет малоподвижный образ жизни. ОИМ и ОНМК не переносила.

Наследственный анамнез: мама, 74 года, страдает ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа. Брат умер в возрасте 50 лет от ОНМК.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 156 см, вес 94 кг. ИМТ – 38.6 кг/м². Окружность талии – 111 см. Окружность бёдер – 108 см.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Щитовидная железа без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены влево.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 90 в минуту, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, АД - 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 157 г/л; эритроциты $5,0 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 220×10^9 /л; лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л; СОЭ 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л; мочевины 7,0 ммоль/л; креатинин 96 мкмоль/л; АСТ 28 ед/л; АЛТ 26 ед/л; КФК 96 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; общий холестерин 8,2 ммоль/л; ЛПНП 4,5 ммоль/л; ЛПВП 0,8 ммоль/л; триглицериды 3,5 ммоль/л; глюкоза 6,5 ммоль/л; мочевая кислота 620 мкмоль/л.

Концентрация глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой: 10,5 ммоль/л. В суточной моче: альбумин 280 мг/сутки.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больной.

Больная В., 46 лет, обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие, колющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Также длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт.ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37,3-37,6°C.

Вредные привычки: отрицает. Наследственность: неотягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36,9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты — $5,2 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты — $7,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 138×10^9 /л, лимфоциты - $2,2 \times 10^9$ /л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин

102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л) , Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии ЭКГ:

ЭХО КГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Шарообразная форма сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 280 г. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Определите тактику ведения больного

Больной В., 54 лет, жалуется на общую слабость, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 250 м проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 3 км) стали беспокоить около 5 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал пропранолол 40 мг с хорошим эффектом. Боли за грудиной стали возникать 3-5 раз в день при значительно меньших нагрузках, чем ранее.

Госпитализирован после очередного болевого эпизода, сопровождавшегося развитием общей слабости.

Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать умерла от рака желудка в возрасте 72 лет. Вредные привычки: курит 10 сигарет в сутки на протяжении 28 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Границы сердца: левая — по левой среднеключичной линии, правая — по правому краю грудины, верхняя — по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС — 76 уд/мин. АД — 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

В анализе крови: гемоглобин — 139 г/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $7,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 243×10^9 /л, СОЭ — 11 мм/ч, общий белок — 69 г/л, альбумин — 46%, креатинин — 102 мкмоль/л, мочевины — 6,8 ммоль/л, общий билирубин — 18 мкмоль/л, триглицериды -169 мг/дл, общий холестерин — 328 мг/дл, ЛПНП — 197 мг/дл, глюкоза — 4,8 ммоль/л.

В анализе мочи pH 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритроциты 0–1 в поле зрения, лейкоциты единичные в препарате.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 62–119 уд./мин (средняя 68 уд в мин), ЧСС ночью 45–68 уд в мин (средняя 53 уд в мин). Желудочковая экстрасистолия — всего 130, в том числе 3 эпизода по типу тригеминии; наджелудочковая экстрасистолия — всего 340. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0,2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях в дневнике пациента.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

Больной Н., 46 лет, поступил с жалобами на впервые возникшую интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область. Боль возникла при психоэмоциональном напряжении и продолжалась около часа, в связи с чем вызвал бригаду медицинской скорой помощи. Болевой синдром купировался самостоятельно, но больной был доставлен в стационар через 1,5 часа от начала болевого синдрома после снятия ЭКГ.

В анамнезе редко простудные заболевания, аппендэктомия 12 лет назад. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность: мать страдает артериальной гипертензией. Отец перенес инфаркт миокарда в 40 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 18 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 84 уд/мин. АД 142/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты 310×10^9 /л, СОЭ 8 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 86 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, АСТ 33 Ед/л, АЛТ 23 Ед/л, КФК 190 Ед/л, КФК-МВ 18 Ед/л, тропонин Т – отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

Больной К., 56 лет, поступил с жалобами на дискомфорт за грудиной. В день поступления возникла интенсивная сжимающая боль за грудиной при быстрой ходьбе и не купировалась приемом нитроглицерина. Боль продолжалась около 40 минут, в связи с чем вызвал бригаду медицинской скорой помощи, которая купировала болевой синдром промедолом, и больной был доставлен в стационар через 2,5 часа от начала болевого приступа. Боль при физической нагрузке стала беспокоить в течение 3 месяцев с 4–6 раз в неделю и купировалась приемом нитроглицерина. Постоянной терапии не получал.

В анамнезе простудные заболевания, холецистэктомия 12 лет назад. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: курит 1 пачку сигарет в день в течение 15 лет.

При осмотре: состояние средней тяжести. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 18 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 80 уд/мин. АД 132/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

Клинический анализ крови: гемоглобин 146 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,8 \times 10^9/л$, тромбоциты $340 \times 10^9/л$, СОЭ 6 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 77 г/л, альбумины 42 г/л, креатинин 88 мкмоль/л, билирубин 17,7 мкмоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, холестерин 7,0 ммоль/л, АСТ 30 Ед/л, АЛТ 26 Ед/л, КФК 180 Ед/л, КФК-МВ 16 Ед/л, тропонин Т – отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие варианты лечения можно провести больному?

Больной А., 55 лет, доставлен бригадой «Скорой медицинской помощи» в реанимационное отделение больницы с жалобами на интенсивные сжимающие боли в груди, резкую слабость, выраженную потливость. Боли появились за три часа до поступления, впервые в жизни. Врач «Скорой помощи» выявил низкое АД 90/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Было налажено капельное введение допамина 2,5 мкг/кг/мин, за время транспортировки пациента доза доведена до 5,0 мкг/кг/мин, введен морфин и гепарин.

При осмотре: состояние тяжелое. Выраженная диффузная бледность кожных покровов в сочетании с цианозом, конечности холодные, бледные с мраморным оттенком. Выраженная потливость – лицо покрыто каплями пота, одежда промокла от пота насквозь. ЧД 24 в минуту, мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы выслушиваются в нижних отделах легких, сохраняются после откашливания. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в минуту. АД на фоне инфузии допамина 70/55 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, при пальпации безболезненный. При попытке получить анализ мочи с помощью установленного в мочевого пузыря катетера, мочи не получено, в дальнейшем анурия оставалась.

Клинический анализ крови: гемоглобин 143 г/л; эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит – 43%; цветовой показатель – 0,91; лейкоциты $14,5 \times 10^9/л$; СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 67 г/л; мочевины 16,0 ммоль/л; креатинин 156 мкмоль/л; АСТ 41 ед/л; АЛТ 37 ед/л; КФК общ. 200 ед/л; КФК МВ 32 ед/л; тропонин Т 136 нг/л; калий 3,9 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; хлориды 105 ммоль/л; глюкоза сыворотки 7,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Больной П., 53 лет, поступил с жалобами на слабость.

В течение последних 2 месяцев стал отмечать появление интенсивных давящих болей за грудиной при большой физической нагрузке, прекращающихся в покое. К врачу не обращался. Сегодня ночью проснулся от средней интенсивности давящей боли за грудиной, которая сопровождалась слабостью, чувством нехватки воздуха и прошла самостоятельно через 20 мин. Спустя 1 час вновь появление подобного болевого синдрома и больной был госпитализирован БСМП после снятия ЭКГ и купирования болей.

В анамнезе в течение 4 лет повышение АД до 164/90 мм рт.ст. Постоянно принимает эналаприл 10 мг/сутки. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.

При осмотре: Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. ЧД 16 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 74 уд/мин. АД 122/78 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются.

Клинический анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты 260×10^9 /л, СОЭ 5 мм/час.

Биохимия крови: общий белок 76 г/л, альбумины 40 г/л, креатинин 80 мкмоль/л, билирубин 15,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, холестерин 5,9 ммоль/л, АСТ 23 Ед/л, АЛТ 28 Ед/л, КФК 110 Ед/л, КФК-МВ 8 Ед/л, тропонин Т – отр.

ЭКГ в стационаре без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Составьте план лечения больного.

Больной А., 66 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сердцебиение, перебои в работе сердца, головокружение, слабость.

Из анамнеза: более 15 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 170/100 мм рт.ст., адаптирован к АД 130/80 мм рт.ст. 6 лет назад был диагностирован сахарный диабет 2 типа, корректирует диетой, приемом гипогликемических препаратов. С этого же времени был выявлен синдром ночного апноэ. Острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, заболевания щитовидной железы в анамнезе отрицает.

Настоящее ухудшение состояния отмечает со вчерашнего дня, когда появились вышеописанные жалобы. Накануне был эпизод употребления алкоголя (~ 200 мл этилового спирта).

Вредные привычки: курит более 35 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя эпизодически. Наследственность: мать – сахарный диабет, отец – ИБС.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 180 см. Вес 122 кг. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 18 в мин. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца

приглушенные, ритм неправильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 160/90 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 8.6 ммоль/л, креатинин 149.0 мкмоль/л, мочевая кислота 520 мкмоль/л, билирубин общий 12 мкмоль/л, АЛТ 19 ед/л, АСТ 29 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 112 Ед/л, глюкоза 6.9 ммоль/л, холестерин 7.0 ммоль/л. Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 3.8 г/л. Относительная плотность 1028.

Эхокардиография: расширение левого предсердия. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 370 г. Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 42%. Клапанный аппарат сердца без патологии.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больного.

Пациент С., 19 лет, госпитализирован по скорой медицинской помощи с жалобами на сердцебиение, одышку, тошноту, слабость. Данные жалобы возникли в момент интенсивной физической нагрузки (быстрый подъем по лестнице на 8 этаж).

Из анамнеза известно, что ранее периодически отмечал возникновение подобных внезапно возникающих кратковременных приступов сердцебиений при физической нагрузке, а также после употребления крепкого кофе, которые проходили самостоятельно. Длительность настоящего приступа более 40 минут, стали нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем вызвал БСМП и был госпитализирован.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Лимфоузлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС 150 уд в мин. АД-90/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения, напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Предположите возможные причины, при которых возникает данное состояние, провоцирующие факторы для его развития.
2. На какие особенности следует обратить внимание при сборе анамнеза у данного пациента?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Дополнительные диагностические методы.
5. Назовите немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.
6. Определите тактику дальнейшего ведения пациента и меры вторичной профилактики.

Пациентка А., 62 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 220/120 мм рт.ст., перебои в работе сердца.

Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось максимальное повышение АД до 180/ 100 мм. рт. ст. Не обследовалась, нерегулярно принимала каптоприл под язык. Ухудшение состояния в течение последних 2-3 месяцев, когда чаще стали возникать ощущения перебоев в работе сердца, что пациентка связывает со значительным эмоциональным перенапряжением.

Из анамнеза жизни: мать пациентки страдает гипертонической болезнью, дважды перенесла острое нарушение мозгового кровообращения. Отец умер в возрасте 45 лет от обширного инфаркта миокарда. Менопауза с 52 лет. Курит до пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь не употребляет. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Пациентка повышенного питания - индекс массы тела $34,2 \text{ кг/м}^2$. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, ритм неправильный, шумы не выслушиваются. АД 190/110 мм рт. ст. ЧСС - 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В общем анализе крови: гемоглобин – 120 г/л, СОЭ - 12 мм/ч, лейкоциты - 5,5 тыс., формула не изменена.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 65 г/л, креатинин – 87 мкмоль/л, глюкоза – 5.4 ммоль/л, общий билирубин - 12 ммоль/л, натрий -137,1 мэкв/л, калий - 5,0 мэкв/л. В общем анализе мочи: pH - 5,0, удельный вес - 1014, белок, сахар, ацетон – нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты -0-0-1 в поле зрения, цилиндры - нет. Слизь, бактерии - немного.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Больной Е., 57 лет, доставлен в кардиореанимацию больницы машиной «скорой медицинской помощи» через 6 часов после начала серии приступов интенсивных сжимающих болей в груди, сопровождавшихся сердцебиением и потерей сознания.

В реанимационном отделении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД – 22/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС – 180/мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 143 г/л, количество эритроцитов – $4.3 \times 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 39 %, цветовой показатель – 0.84 ед., количество лейкоцитов – $11.0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 63 г/л, креатинин – 87 мкмоль/л, мочевины – 7.8 ммоль/л, АСТ – 18 ед/л, АлАт - 24 ед/л, общая КФК – 354 ед/л, МБ фракция КФК– 98ед/л, тропонин I –5.7 нг/мл, калий – 4.5 ммоль/л, натрий – 147 ммоль/л, хлориды – 101 ммоль/л, глюкоза сыворотки – 5.5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Пациент Г., 80 лет, был госпитализирован по СМП.

При поступлении предъявлял жалобы на головокружение, эпизоды потери сознания, отеки нижних конечностей, слабость, головные боли.

Из анамнеза: более 20 лет страдает артериальной гипертензией, максимальное повышение АД до 180/100 мм рт. ст., адаптирован к АД 130-140/85 мм. рт. ст. 12 лет назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить боли за грудиной при физической нагрузке. Выполнялась диагностическая коронароангиография, выявлено многососудистое поражение, было рекомендовано оперативное лечение от которого пациент отказался. Около 5 лет пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. В течение этого же времени отмечает появление симптомов хронической сердечной недостаточности. Также в анамнезе дислипидемия, корректирует приемом статинов. Другая сопутствующая терапия – аспирин, эналаприл, гипотиазид. Ранее принимал бисопролол 5 мг/сутки, однако прекратил 2 месяца назад в связи с тем, что при измерении АД отметил низкий пульс до 48 уд/мин.

Настоящее ухудшение в течение 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы. Состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 178 см. Вес 90 кг. Температура тела 36.7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Пастозность голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево. ЧСС 40 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД 110/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза.

Клинический анализ крови: без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок 80.5 г/л, мочевины 8.9 ммоль/л, креатинин 170.0 мкмоль/л, билирубин общий 15 мкмоль/л, АЛТ 29 ед/л, АСТ 30 ед/л, калий 3.9 ммоль/л, КФК 100 Ед/л, глюкоза 4.9 ммоль/л, холестерин 7.2 ммоль/л.

Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 3.9 г/л. Относительная плотность 1032.ЭКГ:

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: основной ритм синусовый с ЧСЖ от 19 до 60 уд/мин, выявлены 799 пауз ритма более 2000мс, максимальная пауза 6117 мсек.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больного.

Пациент Ф., 16 лет, обратился за консультацией по поводу приступов ритмичного сердцебиения с внезапным началом и внезапным окончанием, периодически сопровождающихся потерей сознания. Указанные жалобы беспокоят с детского возраста, приступы часто возникают на уроках физкультуры. Отец страдал аналогичными пароксизмами, умер внезапно в возрасте 36 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. В

легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 54 в минуту, АД - 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. ЭКГ:

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Пациент З., 69 лет, поступил с жалобами на одышку, периодически возникающие приступы сердцебиения, сопровождающиеся потерей сознания при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 190/100 мм рт.ст., хорошее самочувствие при АД-120/80 мм рт.ст. 6 лет назад перенес инфаркт миокарда. После инфаркта беспокоила одышка при минимальной физической нагрузке, при ежедневных действиях. Около двух лет назад стал отмечать приступы головокружения, чувство «замирания сердца», сопровождающиеся синкопальными состояниями. После проведенного обследования был поставлен диагноз «синдром слабости синусового узла» и был установлен электрокардиостимулятор в режиме «по требованию». Амбулаторно принимал аспирин, бисопролол, индапамид, фуросемид.

Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Госпитализирован после приступа потери сознания БСМП. На электрокардиограмме, снятой БСМП, зарегистрирован пароксизм тахикардии с широкими комплексами QRS. Проведено лечение лидокаином.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. ЧД-20 в мин. В легких жесткое дыхание, выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, за время аускультации чередование правильного и неправильного ритма сердца. ЧСС-68 уд в минуту. АД-110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Незначительные отеки голеней и стоп.

Холтеровское мониторирование ЭКГ: за период регистрации основной ритм мерцательная аритмия с ЧСС 66-82 уд в мин; при урежении собственного ритма до 60 уд в мин отмечается ритм электрокардиостимулятора. Зарегистрировано 2650 желудочковых экстрасистол, 4 эпизода неустойчивой тахикардии с широкими комплексами QRS, сопровождающиеся головокружением и предобморочным состоянием, согласно дневнику пациента.

Эхокардиография: Полости сердца дилатированы (правый желудочек 3,6 см, левое предсердие 4,6 см, левый желудочек 5,9 см). Гипертрофия миокарда ЛЖ. Нарушение локальной сократимости миокарда ЛЖ в области нижней, боковой стенки. ФВ 36%. При доплер-ЭХО-КГ: митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Определите дальнейшую тактику ведения пациента.
5. Прокомментируйте лечение пациента до поступления в стационар.

Больной К., 28 лет обратился с жалобами на головокружения, обмороки при физической нагрузке или быстрой перемене положения тела, быструю утомляемость, слабость при физической нагрузке, приступы удушья.

Считает себя больным в течение последних нескольких месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза известно, что еще в школе при проведении профилактических осмотров былоподозрение на порок сердца, однако более точной информации сообщить не может.

При осмотре: Правильного телосложения, нормального физического развития. Костно-мышечная система хорошо развита. Кожные покровы бледные. Умеренная одышка в покое с затруднённой фазой вдоха. ЧД 20 в мин. В лёгких при аускультации рассеянные влажные хрипы. Пальпация области сердца - резко усиленный, приподнимающий “двойной” верхушечный толчок, в V межреберье по срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости сердца смещены влево. При аускультации сердца I и II тоны ослаблены; выслушивается грубый интенсивный ромбовидный систолический шум в точке Боткина и во II межреберье справа. ЧСС-88 уд в мин. АД- 128/74 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях: *pulsus parvus, tardus et rarus*. Двойной тон Траубе. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Неврологическая симптоматика без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите необходимые дополнительные обследования.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Какой прогноз заболевания?

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 39,2°C, озноб, потливость, сердцебиение, боли в суставах и мышцах.

Заболевание началось 10 дней назад с высокой температуры, озноба и головной боли, без катаральных явлений. Проходил лечение в поликлинике по месту жительства по поводу «гриппа», однако в связи с отсутствием эффекта в лечении и сохраняющейся симптоматикой был направлен на госпитализацию с направительным диагнозом «лихорадка неясного генеза».

Из анамнеза известно, что в течение трех лет страдает сахарным диабетом 2 типа, по поводу чего принимает метформин в дозе 1000 мг в сутки. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. В течение последнего месяца – протезирование зубов.

При осмотре: Состояние тяжелое. Температура тела 39,5°C. Отмечается ритмичное покачивание головой. Кожные покровы влажные, бледные, с желтушным оттенком. Петехиальная сыпь на груди и предплечьях. Пульсация сосудов шеи. Пульсация зрачков. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов в нижних отделах. ЧД 26 в минуту. При пальпации сердца – верхушечный толчок разлитой, усилен, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево. Аускультация сердца – ритм правильный; I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте отсутствует, выслушивается мягкий дующий протодиастолический шум над всеми точками аускультации сердца, с эпицентром во II межреберье справа от грудины. АД 140/40 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки, селезенка мягкая, умеренно болезненная. Пастозность голеней.

На ЭКГ без патологических изменений.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты $3,32 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 262×10^9 /л; лейкоциты $14,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 3%; сегментоядерные 87%; лимфоциты 7%; моноциты 3%; эозинофилы 0%; СОЭ 64 мм/час.

Общий анализ мочи: темно-желтая, прозрачность полная, относительная плотность 1028, реакция кислая, белок 0,1 ммоль/л, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, эритроциты 6-8 в поле зрения, лейкоциты до 5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: белок общий 68 г/л; альбумин 48%; γ -глобулины 32%; мочевины 9,1 ммоль/л; креатинин 132 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 64 ед/л; билирубин общий 31,4 мкмоль/л; билирубин прямой 7,2 мкмоль/л; ЩФ 164 ед/л; железо 9,8 мкмоль/л; калий 5,2 ммоль/л; натрий 142 ммоль/л; глюкоза сыворотки 6,2 ммоль/л; С-реактивный белок положительный.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз, предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для установления диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Больной К., 63 лет, обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 38,5°C, озноб и слабость. В анамнезе: год назад у пациента был выявлен стеноз аортального клапана, в связи с чем было выполнено его протезирование. В последующем чувствовал себя удовлетворительно, постоянно принимал варфарин. Заболел три недели назад, когда после перенесенной урологической процедуры появилась лихорадка до 39°C с сильным ознобом и ночной потливостью. Лечился самостоятельно амбулаторно, однако постепенно стал отмечать нарастание чувства нехватки воздуха. Обратился к врачу поликлиники в связи с отсутствием улучшения.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,9°C. Кожные покровы влажные, бледные с желтушным оттенком. Периферических отеков нет. Питание снижено. В легких дыхание проводится во все отделы, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах. ЧД 24 в минуту. Границы сердца расширены влево. Во II межреберье справа от грудины выслушивается диастолический шум. ЧСС 110 в минуту, АД 130/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: гемоглобин 107 г/л; эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 186×10^9 /л; лейкоциты $13,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 86%; лимфоциты 8%; моноциты 1%; СОЭ 73 мм/час.

Биохимический анализ крови: белок общий 66 г/л; альбумин 47%; мочевины 8,9 ммоль/л; креатинин 138 мкмоль/л; АСТ 52 ед/л; АЛТ 78 ед/л; билирубин общий 32 мкмоль/л; билирубин прямой 8,6 мкмоль/л; ЩФ 174 ед/л; калий 4,9 ммоль/л; натрий 138 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,8 ммоль/л; С-реактивный белок 48 мг/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте необходимые исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Пациент Б., 48 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной нагрузке (подъеме по лестнице на 2 лестничных пролета), приступы сердцебиения, аритмичный пульс, слабость. До 46 лет к врачам не обращался, несмотря на то, что приступы аритмии и сердцебиения отмечал с 20-летнего возраста. Около 1,5 лет назад был госпитализирован в один

из стационаров города Москвы, где пациенту диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения, а также впервые выявлена по ЭКГ фибрилляция предсердий. При выписке из стационара пациенту рекомендована пульсурежающая терапия: метопролола сукцинат 100 мг/сутки, антикоагулянтная терапия: варфарин 2,5 мг 2 раза в сутки, аторвастатин 40 мг в сутки. Пациент предписанные назначения не выполнял, исходя из собственных убеждений. В течение года у пациента прогрессивно нарастали симптомы сердечной недостаточности, в связи с чем он был госпитализирован в стационар в настоящий момент. Трудовой анамнез: работает охранником. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Перенесенные заболевания: скарлатина в детском возрасте.

ИМТ - 23 кг/м². Окружность талии - 74 см. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Шейные вены не выступают. Пастозность голеней, стоп. Над легкими: везикулярное дыхание, незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. В первой точке аускультации выслушивается протодиастолический шум 3 градации, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС - 107 в мин. Пульс - 66 в мин. АД правая рука - 100/70 мм рт ст АД левая рука - 90/60 мм рт ст. SPO₂ - 92%. Мочеиспускание урежено, не затруднено.

ЭКГ: фибрилляция предсердий с ускоренной частотой желудочкового ответа. ЭОС отклонена влево.

ЭХО-КГ: Створки митрального клапана спаяны по комиссурам, площадь левого атриовентрикулярного отверстия - 0,8 см² (норма 4,0-6,0 см²), средний градиент трансмитрального потока - 17,3 мм рт ст (норма до 3 мм рт ст). Объем левого предсердия - 157 мл, индекс объема - 69,8 мл/м² (норма до 34 мл/м²). Правые камеры расширены, расширены нижняя полая и печеночные вены. Систolicеское давление в легочной артерии - 68 мм рт ст (норма до 35 мм рт ст).

Вопросы:

1. На основании данных задачи сформулируйте диагноз.
2. Какова медикаментозная тактика лечения этого заболевания и его клинических проявлений?
3. Необходимо ли пациенту хирургическое лечение? Какие виды операций возможны?

Пациент С., 63 лет, госпитализирован в стационар по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности.

При поступлении предъявлял жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, а также усиливающуюся в горизонтальном положении, повышенную утомляемость, сердцебиение, сухой кашель, появление отеков на ногах, осиплость голоса.

Из анамнеза: около 10 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 180/100 мм рт ст, адаптирован к АД 130/80 мм рт ст, хотя в последние месяцы отмечает склонность к пониженному давлению. 5 лет назад перенес острый инфаркт миокарда, после которого периодически беспокоят боли за грудиной при физической нагрузке. От проведения коронароангиографии и возможного эндоваскулярного лечения отказался. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин.

Ухудшение состояния отмечает в течение года, когда появились и стали нарастать вышеописанные жалобы.

Вредные привычки: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственность: отец – перенес острый инфаркт миокарда в 48 лет.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Рост 178 см. Вес 70 кг. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые

слизистые обычной окраски и влажности. Набухание шейных вен. Акроцианоз. Умеренные отеки голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах легких с обеих сторон. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево, вверх и вправо. Пальпаторно определяется усиленный разлитой верхушечный толчок в VI межреберье от среднеключичной линии, пульсация в эпигастрии. ЧСС 98 в мин. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритм правильный, ослабление I тона на верхушке, систолический шум над верхушкой сердца, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. АД 130/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает + 2 см из-под края реберной дуги, край плотный, безболезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечает снижение диуреза.

Клинический анализ крови: гемоглобин 146 г/л, гематокрит 0.44, эритроциты 4.2×10^9 /л, лейкоциты 7.0×10^9 /л, нейтрофилы 60.1%, эозинофилы 2.7%, базофилы 0.6%, моноциты 6.3%, лимфоциты 28.4%, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ по Вестергрену 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 77.5 г/л, мочевины 9.6 ммоль/л, креатинин 290.0 мкмоль/л, мочевая кислота 541 мкмоль/л, билирубин общий 20.0 мкмоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 26 ед/л, калий 3,1 ммоль/л, КФК 110 Ед/л, глюкоза 5.8 ммоль/л, холестерин 6.9 ммоль/л, триглицериды 3.3 ммоль/л, ЛПНП 3.2 ммоль/л, ЛПВП 0.6 ммоль/л. NTproBNP 1125 пг/мл (N <125 пг/мл).

Анализ мочи: эритроциты - 0, лейкоциты - 0, белок 4,2 г/л. Относительная плотность 1030.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левых контуров сердца, признаки застоя по малому кругу кровообращения.

Эхокардиография: расширение левого предсердия, левого желудочка. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 368 г. Нарушение локальной сократимости в виде гипокинеза в области передней, боковой стенки ЛЖ, верхушки. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 48%. Створки митрального клапана уплотнены. Митральная регургитация III степени. Признаки умеренной легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Пациентка Р., 38 лет, предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 20 минут, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, одышку при обычной физической нагрузке, плохую переносимость физической нагрузки.

Около полугода назад перенесла «ОРВИ», которая протекала с катаральными явлениями, фарингитом, конъюнктивитом, лимфоаденопатией. Через месяц после этого появились и стали нарастать вышеуказанные жалобы, в связи с чем обратилась в поликлинику по месту жительства и была госпитализирована для обследования и лечения.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧД 20 в мин. В легких аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Границы сердца перкуторно расширены в обе

стороны. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС - 78 в мин. АД - 106/68 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $8,8 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок общий 72 г/л; альбумин 46%; мочевины 9,2 ммоль/л; креатинин 144 мкмоль/л; АСТ 48 ед/л; АЛТ 56 ед/л; калий 5,3 ммоль/л; натрий 144 ммоль/л; глюкоза 5,3 ммоль/л; С-реактивный белок положительный.

Мозговой натрий-уретический пептид - 52 нг/мл (норма до 30 пг/мл). ЭКГ:

Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца в обе стороны, кардиоторакальный индекс 0,58. ЭХО-КГ: аорта не изменена, дилатация полости ЛЖ, увеличение КДР и КСР, ФВ - 42%, диффузное нарушение сократимости миокарда. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие методы исследования нужно провести для определения причины заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
5. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

Больной В., 75 лет, госпитализирован в плановом порядке в ГКБ для подбора терапии и определения дальнейшей тактики действия.

Жалобы при поступлении: общая слабость, одышка при минимальной физической нагрузке, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, частые эпизоды головокружения в вечерние часы.

Из анамнеза известно, что около 5 лет назад диагностирована фибрилляция предсердий, нормо-тахисистолия. Перенес инфаркт миокарда девять лет назад. Тогда же была выполнена коронарография со стентированием передней межжелудочковой ветви и огибающей артерии. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда появились вышеуказанные жалобы. На ЭКГ: фибрилляция предсердий, нормосистолия, убедительных данных за острую очаговую патологию нет.

Состояние относительно удовлетворительное, ЧСС 70-90 в минуту, АД 160/90 мм рт.ст. ЧД 22 в минуту. Аускультативно, дыхание ослаблено, в нижних отделах легких выслушиваются двусторонние влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца шумы не выслушиваются. Визуализируются отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме. При перкуссии живота: притупление в отлогих местах. Положительный феномен флюктуации.

Рентгенография органов грудной клетки: двусторонний гидроторакс. Ультразвуковое исследование брюшной полости: свободная жидкость в брюшной полости.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ЧСС минимальная 30 ударов в минуту, средняя 89 в минуту, максимальная 150 в минуту. Зафиксированы 245 эпизодов асистолии с максимальным RR 3,5 секунды в большей степени в вечерние и ночные часы.

Трансторакальная эхокардиография: Расширение левого предсердия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная и локальная сократительная функция снижена. ФВ 47%. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Лабораторный мониторинг: креатинин 150 мкмоль/л, K^+ 4,0 ммоль/л, в остальном в пределах референсных значений.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть

его состояния;

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;

3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?

5. Каков риск развития тромбоэмболических осложнений у данного пациента по шкале CHA₂DS₂-VASc?

6. Каковы подходы к профилактике тромбоэмболических осложнений у данного пациента?

7. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больной П., 32 лет, жалуется на постоянную инспираторную одышку, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке и в положении лёжа; приступы удушья в ночное время; сердцебиение, перебои в работе сердца; отёки на ногах; тяжесть в правом подреберье; увеличение живота.

Три года назад впервые почувствовал одышку при физической нагрузке, одновременно появился кашель с незначительным количеством мокроты. В последующем одышка нарастала, стало беспокоить сердцебиение, появлялись отёки на ногах. Год назад отметил увеличение живота. Лечился сердечными гликозидами и мочегонными без положительного эффекта.

Не работает – инвалид II группы. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания. Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: отец болел схожим заболеванием и умер в возрасте 43 лет.

Положение – ортопноэ. Лицо одутловатое, бледное, цианоз губ, склеры иктеричны, температура тела 36,7⁰С. Шейные вены набухшие. Стопы и голени отечны, кожа над ними цианотично-багрового цвета, холодная на ощупь. Дыхание поверхностное, ЧД - 26 в минуту. Над легочными полями зон притупления перкуторного звука нет.

Дыхание везикулярное, ослабленное в нижнебоковых отделах, там же мелкопузырчатые хрипы. При осмотре определяется сердечный толчок и надчревная пульсация. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2,0 см кнаружи от правого края грудины; верхняя во втором межреберье по левой парастеральной линии; левая на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа. I тон на верхушке ослаблен. Над всеми точками аускультации систолический шум. ЧСС - 90 в минуту, АД - 110/80 мм. рт.ст. Живот увеличен в объёме, симметричен. При перкуссии в латеральных отделах живота определяется скопление жидкости. Нижний край печени пальпируется на 6 см ниже края реберной дуги, размеры ее по Курлову 15*12*10 см. Селезёнка не увеличена.

Клинический анализ крови: эритроциты - $5.3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 148 г/л, лейкоциты - $8.4 \times 10^9/л$: эозинофилы – 1%, п/ядерные – 5%, с/ядерные – 56%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%; тромбоциты – $236 \times 10^9/л$, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: Холестерин общий 4,2 ммоль/л (норма 3,2-5,2 ммоль/л), ЛПНП - 1,8 ммоль/л, ЛПВП - 1,9 ммоль/л. Фибриноген 3,5 г/л. АСТ - 25 ед/л, АЛТ 30 ед/л. Билирубин общий - 28,5 мкмоль/л., прямой билирубин 10,5 мкмоль/л. CRP 6 г/л. Общий белок 60 г/л., альбумин 43 г/л, α_1 - 6%, α_2 - 13%, β - 17%, γ - 21%. Креатинин 97 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л (норма 3,4-5,3 ммоль/л), натрий 138 ммоль/л (норма 130,5-156,6 ммоль/л), хлориды 98 ммоль/л (норма 95-110 ммоль/л).

ЭХО-КГ: Ao-2.6; ЛП-5.0; ПЖ-4.0; КСР-5.9; КДР-6.3; МЖП-0.8; ЗСЛЖ-1.0; ФВ-31%.
Заключение: Увеличение конечно-систолического и конечно-диастолического размеров

желудочков. Снижение систолической функции миокарда левого желудочка. Дилатация предсердий.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли предоставленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больной П., 32 лет, предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 15 минут, потери сознания без предвестников при физической активности, перебои в работе сердца. Данные жалобы беспокоят около года, последний месяц симптомы появляются чаще. Отец умер в молодом возрасте от неизвестного заболевания сердца.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание умеренное, мускулатура хорошо развита. Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, селезенка не пальпируется. Аускультация легких без патологии. ЧД 15 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В III-IV межреберьях слева от грудины выслушивается громкий, отстоящий от первого тона, систолический шум, который проводится на верхушку и усиливается в вертикальном положении пациента. ЧСС 58 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется.

Клинический анализ крови и общий анализ мочи: без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л; мочевины 6,8 ммоль/л; креатинин 84 мкмоль/л; КФК общ. 72 ед/л; КФК МБ 11 ед/л; билирубин общий 18 мкмоль/л; калий 4,6 ммоль/л; глюкоза сыворотки 5,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 62 в мин. Отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка, небольшой зубец Q в отведениях III, aVF.

ЭХО-КГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, глобальная и локальная сократимость не нарушены. ТМЖП - 1,9 см. ТЗСЛЖ - 1,2 см.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Больной У., 22 лет, гражданин Уганды, обратился с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, повышенную утомляемость. Описанные жалобы беспокоят в течение последнего года, к врачам не обращался, не обследовался, лечения не получал.

Из анамнеза жизни известно, что до последнего времени был практически здоров. Никогда не курил, алкоголь не употреблял. Из семейного анамнеза известно, что отец и брат больного умерли в возрасте до 40 лет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Больной негроидной расы. Телосложение нормостеническое. Рост - 180 см, вес - 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной влажности. Лимфатические узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, в нижних отделах выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. При аускультации сердца: тоны глухие, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 88 уд/мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 14 см х 12 см х 8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. В неврологическом статусе - без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин - 144 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, моноциты - 13%, лимфоциты - 10%, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, мочевины - 5,3 ммоль/л, АЛТ - 20 ед/л, АСТ - 30 ед/л, общ. холестерин - 4,1 ммоль/л, триглицериды - 0,7 ммоль/л., ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ЛПВП - 1,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - следы, глюкоза отрицательная, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры отрицательные.

ЭХО-КГ: Стенки аорты и створки аортального клапана не изменены, движение створок ненарушено. Полость правого предсердия - 4,2 см. Левый желудочек уменьшен в размерах (КДР - 3,2 см, КСР - 2,8 см), толщина межжелудочковой перегородки - 0,8 см, задней стенки ЛЖ - 0,9 см. Полость правого желудочка не расширена. Лоцируется утолщенный до 3-х мм эндокард. Признаки нарушения диастолического наполнения желудочков.

Рентгенограмма: усиление бронхо-легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Корни структурны. Синусы свободны, диафрагма подвижна. Сердце небольших размеров: кардиоторакальный индекс - 0,3.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Больной С., 26 лет, поступил с жалобами на боли в области сердца, повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, тошноту, рвоту, икоту.

Считает себя больным в течение нескольких дней, когда появились вышеуказанные жалобы. При опросе больного удалось выяснить, что боли в области сердца - с локализацией за грудиной и иррадиацией в обе руки, область трапециевидных мышц, эпигастральную область; носят тупой характер, частично купируются приемом анальгетиков, без эффекта от нитроглицерина; продолжительностью до нескольких часов. Боль усиливается в положении лёжа на спине, при глубоком вдохе, кашле и глотании; уменьшается в положении сидя и при поверхностном дыхании.

Анамнез: работает на стройке каменщиком.

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение больного вынужденное сидя. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание поверхностное. ЧД 20 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС-92 уд/мин. При аускультации сердца в зоне абсолютной тупости

выслушивается грубый скребуший шум убывающего характера, не проводящийся в другие точки аускультации, усиливающийся при надавливании стетоскопом. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 125 г/л; лейкоциты $3,6 \times 10^9$ /л; СОЭ 60 мм/час.

Вопросы:

1. Основные синдромы.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения больного.

Больная М., 45 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, потливостью, выраженной одышкой инспираторного характера, учащенное сердцебиение, периодическое нарушение сознания, чувство тяжести в области сердца.

Заболела остро после экстракции зуба. В начальный период отмечала появление болей и дискомфорт в области сердца, которые уменьшались в положении сидя, наклонившись вперед.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, с цианотичным оттенком, склеры субиктеричны. Положение вынужденное в позе Брейтмана. Лицо отёчное с переходом на шею и переднюю грудную стенку, яремные вены набухшие, формирование «консультской» головы, воротника Стокса. Межрёберные промежутки сглажены. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца перкуторно расширены. Пульсация сердца не определяется. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 96 уд в мин. АД-106/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см.

При эхокардиографии определяется большое количество выпота в полости перикарда.

Общий анализ крови: лейкоцитоз с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсической зернистостью нейтрофилов, увеличением СОЭ.

Анализ перикардиальной жидкости: большое количество белка, фибрина, нейтрофильных лейкоцитов; снижено количество глюкозы; повышена активность ЛДГ.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назовите возможные варианты лечения.

Пациент К., 25 лет, обратился по поводу болей в спине, а также тянущих болей по задней поверхности ягодиц и бёдер до колен.

При опросе выяснено, что боли в пояснице и области крестца продолжаются в течение семи месяцев. Наибольшая выраженность болей наблюдается в утренние часы: пациент от этого нередко просыпается под утро, испытывает значительные затруднения при вставании с постели, в течение первых 2-3 часов после пробуждения испытывает скованность в спине и ограничения движений в связи с этим, должен расходиться. В течение дня боли выражены меньше, однако усиливаются при длительном сидении, в связи с чем пациент не может долго находиться за рулём и сидеть за компьютером на работе. Самостоятельно принимает ибупрофен, что приносит непродолжительное облегчение.

Пациент обратился к неврологу, думая о радикулите. Однако данный диагноз не был подтверждён. По данным МРТ поясничного отдела позвоночника значимых структурных изменений не выявлено.

Из анамнеза также известно, что год назад пациент перенёс передний увеит правого глаза, получал лечение у офтальмолога; причина увеита не уточнялась.

При осмотре отмечена сглаженность поясничного лордоза, гипертонус паравертебральных мышц в этой области, резкая болезненность при пальпации в проекции сакроилеальных сочленений. При наклоне вперёд поясничная область остаётся уплощённой, пациент не может коснуться пальцами пола, достаёт только до уровня середины голеней. Справа в области Ахиллова сухожилия отмечена болезненная отёчность, покраснение и потепление кожных покровов – пациент считает, что натёр это место неудобным ботинком. Выявлено повышение температуры тела – 37,2°C.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено. Имеется некоторое повышение СОЭ (22 мм/час при норме до 20), повышение СРБ (15 мг/л при норме до 5). В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-dsДНК) получены отрицательные результаты.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациент 3., 42 лет, обратился по поводу болей в спине, тугоподвижности шеи.

Из анамнеза известно, что впервые боли в спине возникли в возрасте 18 лет; в то время локализовались в пояснично-крестцовой области. Наибольшую выраженность болей отмечал в утренние часы, когда из-за болей и скованности в пояснице с трудом вставал («сползал») с постели, а в некоторые дни не мог подняться без посторонней помощи.

Такие периоды болей в спине, большей или меньшей выраженности, в дальнейшем отмечал периодами, по 3-6 месяцев в году. Постепенно боли распространились на грудной, а затем и на шейный отдел позвоночника, в связи с чем возникла тугоподвижность шеи. При усилении болей самостоятельно принимал НПВП с частичным эффектом. За время заболевания также было четыре эпизода артрита коленных и голеностопных суставов, которые продолжались по 2-3 месяца и проходили на фоне внутрисуставных инъекций дипроспана.

За медицинской помощью не обращался из убеждения, что его заболевание не лечится. В настоящее время обратился в связи с оформлением инвалидности.

При осмотре отмечено выпрямление физиологических изгибов позвоночника; для поворота головы пациенту необходимо поворачиваться всем корпусом. Данное ограничение подвижности существенно затрудняет профессиональную деятельность (работает водителем), а также повседневную активность. Испытывает небольшой интенсивности боли в грудном и шейном отделе позвоночника, скованность по утрам в течение примерно 2 часов, быструю «утомляемость» спины.

В общем анализе крови, мочи, биохимическом анализе значимых изменений не выявлено. Имеется повышение СОЭ 30 мм/час, повышение СРБ 18 мг/л. В ревмапробах (РФ, АНФ, анти-dsДНК) получены отрицательные результаты.

Вопросы

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациент К., 25 лет, обратился в связи с болями и отёчностью суставов ног. Заболел две недели назад.

При осмотре имеется деформация правого коленного и левого голеностопного суставов, кожа над ними тёплая. В колене определяется выпот около 50 мл. Также имеется отёчность, болезненность и покраснение кожи в области правого Ахиллова сухожилия. Последние несколько дней пациент также стал отмечать чувство тяжести в области крестца, преимущественно в утренние часы. Вчера заметил, что начал прихрамывать из-за болей в левом тазобедренном суставе.

При опросе выяснено, что примерно месяц назад у пациента на протяжении трёх дней была диарея, рвота и повышение температуры до 38,5°C. Этот эпизод пациент объяснил отравлением, поскольку незадолго до этого обедал в экзотическом ресторане.

Пациенту по его инициативе выполнили МРТ поражённых коленного и голеностопного суставов, при этом выявлено скопление жидкости и отсутствие каких-либо внутрисуставных повреждений.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

У пациентки А., 27 лет, три дня назад возник артрит правого коленного сустава.

При опросе выяснено, что пациентка и прежде отмечала случаи воспаления суставов: в прошлом году - артрит левого локтевого сустава, который регрессировал на фоне ФЗТ. При осмотре на коже голеней выявлено несколько пятен узловой эритемы - пациентка отмечает, что такое поражение кожи было два года назад. Также пациентка указывает, что наблюдается и получает лечение у гастроэнтеролога по поводу неспецифического язвенного колита.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить на основании представленного описания?
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациент Л., 32 лет, обратился в связи с отёчностью правого коленного сустава и суставов пальцев рук.

Заболел пять лет назад, когда впервые появилась отёчность правого колена. Обращался в травмпункт, думая, что повредил колено во время катания на горных лыжах. В травмпункте была выполнена пункция сустава (удалено 70 мл жидкости) и внутрисуставное введение дипроспана. В дальнейшем было выполнено МРТ правого колена, по результатам которого никаких внутрисуставных повреждений не выявлено. Поскольку отёчность не возобновлялась, в тот момент пациент отказался от обследования. Через год возникла отёчность левого коленного сустава, а также дистального межфалангового сустава пятого пальца правой кисти. Снова получил внутрисуставную инъекцию дипроспана с хорошим эффектом.

Состояние ухудшилось восемь месяцев назад. Вновь возникла отёчность правого колена, стал испытывать затруднения при ходьбе в связи с тем, что появилась болезненность в пятках, особенно выраженная в утренние часы. Вскоре появилась отёчность и болезненность движений в суставах первого пальца правой кисти, дистальных межфаланговых суставах четвёртого и пятого пальцев левой кисти. При осмотре выявлена деформация указанных суставов, кожа над ними горячая, в области поражённых суставов кистей имеется отчётливая гиперемия; при

осмотре стоп - резкая болезненность при надавливании в проекции пяточных бугров. На разгибательных поверхностях локтей имеются участки яркой гиперемии с шелушением. Такие пятна впервые стали появляться в подростковом возрасте. Похожие кожные изменения отмечает на коже головы в зимнее время (летом проходит), считает это себорейным дерматитом.

Имеются данные общего анализа крови, в котором выявлено повышение СОЭ до 45 мм/час (при норме до 20) и СРБ до 70 мг/л (при норме до 5). На рентгенографии кистей имеется некоторое сужение суставных щелей и неровность суставных поверхностей поражённых суставов, особенно выраженные в суставах первого пальца.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациентка К., 27 лет, обратилась в связи с болями и отёчностью суставов. Из анамнеза:

Заболела полгода назад, когда через месяц после родов впервые отметила боли, отёчность и утреннюю скованность в суставах кистей. Вскоре присоединились боли и ограничение движений в плечевых суставах, отёчность коленных суставов. В последнее время отмечает также резкое ухудшение общего самочувствия. Всё это привело к существенным затруднениям повседневной активности.

При осмотре отмечается деформация, гипертермия, болезненность и резкое ограничение объёма движений в лучезапястных, суставах II-IV пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей, гипотрофия тыла кистей. Резкое ограничение и болезненность движений в плечевых суставах. Выраженная деформация коленных суставов, в которых пальпаторно определяется выпот до 60 мл; имеется значительное ограничение объёма движений в них. Скованность в поражённых суставах несколько уменьшается во второй половине дня, но полностью не проходит. Температура тела 37,5°C. По данным лабораторных исследований, имеется анемия (гемоглобин 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$), лейкоцитоз ($12 \times 10^9/л$), СОЭ 54 мм/час, СРБ 128 мг/л (при норме до 5). Биохимический анализ крови значимых изменений не выявил. В ревмапробах - повышение РФ 120 МЕд/мл (при норме до 30).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Больная Ж., 58 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, головную боль, сонливость, отеки нижних конечностей и лица, одышку при минимальной физической нагрузке, уменьшение количества отделяемой мочи, тошноту, снижение аппетита, боли в суставах кистей рук, коленных суставах, сопровождающиеся утренней скованностью длительностью около 3 часов.

Впервые обратилась к врачу 25 лет тому назад в связи с болями и припуханием во 2-3 пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных и коленных суставах, утреннюю скованность в них продолжительностью около 2 часов. С этого времени постоянно принимает метотрексат, нестероидные противовоспалительные препараты, метипред, фолиевую кислоту. Периодически внутрисуставно вводились глюкокортикоиды. 2 года назад у больной в анализе мочи выявили белок (до 1,5 г/сутки). Больная отметила появление отеков на ногах в утренние часы, никтурию. 6 месяцев назад отеки наросли, стали

постоянными на фоне уменьшения количества отделяемой мочи, появились выраженная слабость, утомляемость, одышка при небольших физических нагрузках.

Объективно: повышенного питания, лицо одутловатое, заторможена. Кожные покровы сухие, бледные. Отеки голеней до коленных суставов. Ульнарная девиация, атрофия мышц тыла обеих кистей, деформация суставов кистей, деформация и ограничение движений в коленных суставах. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца глухие, ритм правильный, систолический шум во всех точках аускультации, ЧСС 78 в 1 минуту, АД 150/100 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, притупление перкуторного звука в боковых отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, тромбоциты $380 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 72%, лимфоциты 20%, моноциты 7%, СОЭ 52 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1010, белок-2,52 г/л, эритроциты 2-4 в поле зрения, лейкоциты 10-12 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,2 ммоль/л, креатинин 350 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л, общий белок 54 г/л, альбумин 28%, гамма-глобулины 32%, калий 5,0 ммоль/л,

натрий 120 ммоль/л, хлориды 87 ммоль/л, бикарбонаты 20 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 4,2 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, фибриноген 8 г/л, С-реактивный белок 27 г/л

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения больной.

Пациент М., 52 лет, обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C . Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом мясной пищи и алкоголя. Обратился за медицинской помощью так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно. АД 160/100 мм рт.ст. В анамнезе мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой-микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопросы:

1. Признаки какого заболевания описаны в данной задаче?
2. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Каков план лечения при данном заболевании?

Пациентка Г., 65 лет, обратилась по поводу болей в коленных суставах и суставах рук. В детстве болела ревматизмом и опасается рецидива данного заболевания.

Боли в коленных суставах беспокоят несколько лет. Возникают при ходьбе, усиливаются к вечеру, особенно если в течение дня приходилось много ходить; боли локализуются во внутренних отделах коленных суставов. Периодически отмечает отёчность коленных суставов.

Боли в суставах кистей отмечает около десяти лет; боли возникают периодически, вне связи с физической нагрузкой, а в области суставов пальцев отмечает появление «шишек», которые постепенно увеличиваются. Пациентка считает эти изменения проявлением наследственной подагры.

При осмотре выявлена умеренная варусная деформация коленных суставов, признаков воспаления не выявлено. При осмотре кистей в области дистальных и некоторых проксимальных межфаланговых суставов имеется узелковая деформация; при этом отмечены также признаки воспаления второго дистального межфалангового сустава справа.

По данным биохимического анализа крови и общего анализа мочи значимых изменений не выявлено. В общем анализе крови отмечено повышение СОЭ до 25 мм/час (при норме до 20). В ревмапробах – ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела отрицательные, имеется повышение СРБ до 15 мг/л (при норме до 5).

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациентка В., 19 лет, заболела год назад, когда впервые отметила отёчность и болезненность суставов пальцев рук. Данные изменения прошли самопроизвольно через месяц. Ещё через два месяца пациентка забеременела, однако на сроке 12 недель произошёл самопроизвольный аборт. Вскоре после этого состояние ухудшилось. Стала отмечать отёчность стоп и лица, повышение температуры до 37,8°C, красные пятна на коже лица, боли в мышцах, кашель, снижение чувствительности в кистях и стопах.

При осмотре пациентка сильно истощена и ослаблена, заторможена, не может сесть самостоятельно. Имеется выраженная отёчность лица, стоп и нижней трети голеней. На щеках – эритематозные пятна. На коже голеней наблюдается отчётливый мраморный рисунок. Отмечено снижение чувствительности в стопах и кистях по типу носков и перчаток, значительная слабость мышечной силы кистей. При исследовании лёгких аускультативно выслушиваются диффузные сухие хрипы, перкуторно в нижних отделах определяется умеренное накопление жидкости. При исследовании сердца – перкуторно границы расширены, тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации несколько напряжён, умеренно болезненный во всех отделах; печень и селезёнка не увеличены. Температура 38°C.

По данным лабораторных исследований, в общем анализе крови выявлена анемия, СОЭ 45мм/час. В ревмапробах РФ 126 МЕд/мл, АНФ 1/1280, антитела к фосфолипидам 89Ед/мл. В суточном анализе мочи количество белка 3г/л. На рентгенограмме органов грудной полости – признаки двустороннего плеврита, перикардита, резкое усиление лёгочного рисунка.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Больная Т., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38,2°C, одышку, сухой кашель, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, утреннюю скованность в течение часа, распространенные эритематозные высыпания в области лица, туловища и конечностей, усиленное выпадение волос, похудание. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад у больной была первая беременность, которая закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 12 недель. Через 2 недели после выкидыша повысилась температура до 38,5°C, появились выраженная слабость, эритематозные высыпания на лице, а также на туловище и конечностях, боль и припухлость в области мелких суставов кистей, сопровождающаяся утренней скованностью, сухой кашель. Десять дней назад отмечала отек и боль в области правой нижней конечности. Ухудшение состояния сегодня, когда внезапно усилились одышка и сухой кашель, отмечала эпизод кровохарканья, в связи с чем была госпитализирована.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Наследственный анамнез: мама страдает ревматоидным артритом.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Температура тела 38,2°C. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, отмечаются генерализованные эритематозные высыпания четко отграниченные от здоровой кожи на лице в области носа и щек, туловище, верхних конечностях и бедрах. Губы гиперемированы с плотными сухими сероватыми чешуйками и корочками. На твердом небе эритема с безболезненной эрозией. Волосы тонкие, по краю ростовой зоны обломаны. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Выявлена болезненность и отечность в области пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. В легких дыхание жесткое, ниже уровня VI ребра справа не проводится, там же отмечается притупление перкуторного звука, ЧД - 28 в минуту. Перкуторно границы относительной тупости сердца расширены вправо. Выявляется эпигастральная пульсация. При аускультации тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 0,94; тромбоциты 110×10^9 /л; лейкоциты $2,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 6%; сегментоядерные 69%; лимфоциты 13%; моноциты 12%; СОЭ 46 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 75 г/л; мочевины 6,0 ммоль/л; креатинин 98 мкмоль/л; АСТ 23 ед/л; АЛТ 25 ед/л; КФК 98 ед/л; билирубин общ. 16 мкмоль/л; глюкоза 4,2 ммоль/л; СРБ 60 мг/л.

Иммунологический анализ крови АНФ 1:640 (гомогенный тип свечения); анти - дсДНК 64 МЕ/мл; волчаночный антикоагулянт – «положительно»; АТ к кардиолипину (IgG) 94 ед/мл.

Общий анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, белок 1,2 г/л, эритроциты 10 - 15 в поле зрения, лейкоциты 3 - 4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 2 - 3 в поле зрения, бактерий нет.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 100 в мин., отклонение электрической оси вправо, полная блокада правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца расширена вправо, отмечается выбухание конуса легочной артерии, легочные поля без инфильтративных изменений, в правой

плевральной полости свободная жидкость до VI ребра, слева небольшое количество жидкости в синусе.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте дополнительные исследования.
5. Определите тактику ведения больной.

Пациентка Б., 60 лет; обратилась в связи с выраженной одышкой и слабостью. Из анамнеза:

Впервые появление одышки и сухого кашля стала отмечать несколько лет назад, тогда же обратила внимание на периодическое побеление пальцев, но объяснила всё это проявлением климакса. В дальнейшем одышка постепенно нарастала, и в настоящее время пациентка с трудом передвигается из-за этого.

При осмотре отмечается выраженная цианотичность кожи кистей, стоп и голеней. Имеются трофические изменения ногтей, на подушечках пальцев кистей- множественные мелкие язвочки в разной стадии заживления. На лице над правым надбровьем имеется округлый участок рубцово-изменённой кожи, однако пациентка утверждает, что повреждений не было.

На имеющихся рентгенограммах выявляется диффузный пневмофиброз и признаки перикардита. В общем анализе мочи выявлен белок 0,54 г/л. В ревмапробах- РФ 92 МЕд/мл, АНФ 1/640. На ЭКГ- атриовентрикулярная блокада I степени.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Пациентка К., 58 лет; госпитализирована по направлению районной поликлиники для уточнения диагноза.

Из анамнеза: заболела четыре месяца назад, когда впервые отметила слабость в руках и ногах. Эти изменения связала с переутомлением и уехала в отпуск в Турцию. На фоне инсоляции появились красные пятна на коже лица и на передней поверхности грудной стенки, которые сохраняются до сих пор. За месяцы, прошедшие с начала заболевания, состояние пациентки постепенно ухудшалось. Нарастала слабость в руках и ногах, что привело к затруднению повседневной активности: пациентке стало трудно одеваться, причёсываться, подниматься по лестнице, а в последнее время- даже вставать с постели. За три дня до госпитализации отметила затруднение глотания, появилась гнусавость голоса.

В поликлинике консультирована неврологом и эндокринологом: признаков неврологических, эндокринологических заболеваний не выявлено.

При осмотре: пациентка лежит в постели, не может подняться и сидеть без посторонней помощи, с трудом удерживает голову. Яркая эритема кожи лица; в области верхней трети передней поверхности грудной клетки имеются эритематозные пятна, такие же пятна – на коже в области суставов. Подушечки пальцев кистей гиперемированы, с потрескавшейся кожей. Дисфагия, дисфония. Температура тела 37,5°C, АД 130/80 мм.рт.ст.

Аускультативно: дыхание жёсткое, единичные сухие хрипы; тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 уд. в мин. Перкуторно и пальпаторно- без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, частота 105 уд. в минуту. Сегмент ST изоэлектричен во всех отведениях. Отмечается уменьшение амплитуды зубцов R в правых отведениях, зубцы T сглажены.

По данным лабораторных исследований: в общем анализе крови умеренная анемия (гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3×10^{12} /л), остальные показатели – без существенных изменений, СОЭ 45 мм/час. В биохимическом анализе крови обращает внимание повышение уровня общей КФК до 5600 ед/л. Также выявлен антинуклеарный фактор в титре 1:320.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить данный диагноз?
3. Каков план лечения при этом заболевании?

Больной Д., 27 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную слабость, похудание (за последние 2 месяца на 10 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5°C ежедневно, без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге.

Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до 37,2–37,3°C, папулезная сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах.

Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: зафиксировано повышение АД до 190/110 мм рт. ст. (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит В. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза».

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. Температура тела 37,5° С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги дотрагиваются. Парез левой кисти и правой стопы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, ЧСС-88 в минуту. АД на правой руке — 210/120 мм рт. ст., на левой — 200/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $12,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 437×10^9 /л, формула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные – 77%, моноциты – 2%, лимфоциты – 19%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%. СОЭ – 65 мм/час.

Общий анализ мочи: плотность 1012, цвет – жёлтый, глюкоза, билирубин, кетоновые тела – отсутствуют, белок – 0,17 г/л, лейкоциты – 1-2 в п.зр., эритроциты изм. – 7-8 в п.зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумин 45 г/л, α_1 -4% α_2 -8% β -12% γ -22%, креатинин -112 мкмоль/л, АСТ-42 ЕД/л, АЛТ-45 ЕД/л, щелочная фосфатаза - 98 ЕД/л, билирубин – 14 мкмоль/л, СРБ – 48 г/л.

Серологический анализ: HBsAg+, HBeAg-, AbHBcIgG+, AbHBcIgM-, AbHCV-.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Диагноз. Дополнительные методы обследования .
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Больной Н., 18 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту коричневым содержимым, жидкий черный стул. Неделью назад перенес острое респираторное заболевание, после чего стали беспокоить боли в коленных и голеностопных суставах, появились геморрагические высыпания на коже голеней, бедер и ягодиц, резкие, схваткообразные боли в животе.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. На коже передней поверхности голеней, бедер и ягодиц мелкоточечная геморрагическая сыпь, сливная в области коленных суставов. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 100 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот втянут, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; гематокрит 36%; ретикулоциты 6%; тромбоциты $315 \times 10^9/\text{л}$; лейкоциты $17,0 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; лимфоциты 23%; моноциты 6%; эозинофилы 1%; СОЭ 54 мм/час.

ЭГДС: на слизистой желудка выявлены множественные эрозии и мелкие кровоизлияния. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок 0,9 г/л, глюкоза отр., лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты -50-60 в поле зрения.

Биохимический и иммунологический анализы крови: билирубин общий 16 мкмоль/л; АСТ 14 ед/л; АЛТ 23 ед/л; креатинин 75 мкмоль/л; мочевины 12 ммоль/л; общий белок 76 г/л; белковые фракции: альбумины 56%, альфа1 4,2%, альфа2 14,8%, бета 13,8%, γ -глобулины 25,7%. СРБ 28 ед.; ревматоидный фактор отрицательный.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Больная П., 75 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера в височной, теменной, нижнечелюстной областях, усиливающиеся ночью, при разговоре или жевании, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, обильное ночное потоотделение, снижение аппетита, резкое снижение зрения, головокружение, общее недомогание.

Считает себя больной в течение 3-х лет, когда стала отмечать сильные боли и скованность в мышцах плечевого и тазобедренного пояса, повышение температуры до 38°C . Была госпитализирована в больницу по месту жительства, где на основании клинической картины, лабораторных данных (увеличение СОЭ выше 30 мм/час и СРБ 18 мг/дл) был поставлен диагноз полимиалгии и назначен преднизолон 20 мг/сут. На фоне лекарственной терапии исчезли боли. Больная принимала преднизолон в течение последующих 3-х лет, с постепенным снижением дозы препарата до 1/8 таблетки в сутки. Затем полностью отказалась от приема преднизолона в связи с улучшением состояния, что и привело к появлению вышеперечисленных жалоб.

Наследственность неотягощена. Лекарственной аллергии не отмечает. Длительное время артериальная гипертензия с максимальным подъемом до 200/100 мм.рт.ст., адаптирована к АД

140-150/ 80 мм рт.ст. Амбулаторно принимает лозартан 50 мг в сутки. При осмотре: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. По ходу височных артерий видны и четко пальпируются болезненные гранулемы размером до горошины (рис. 1).

Пульсация на височных артериях снижена. Мышцы при пальпации безболезненны. Движение в суставах в полном объеме. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС- 100 уд/мин., АД 150/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 113 г/л, эритроциты - $4.12 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,82, лейкоциты - $12,3 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные - 11%, эозинофилы - 4%, сегментоядерные - 60%, базофилы - 0%, лимфоциты - 22% моноциты - 3%; тромбоциты - $650 \times 10^9/л$, СОЭ 52 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенный, прозрачность неполная, белок, глюкоза, кетоновые тела – отсутствуют, эпителий – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок 64 г/л, мочевины 4,8 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, АЛТ – 48,1 ЕД/л, АСТ – 31,4 ЕД/л, ЛДГ – 488,0 ЕД/л, ЩФ – 143 ед/л, СРБ – 48,0 мг/дл.

Протеинограмма: общий белок 64,9 г/л, альбумины 43 г/л, альфа₁ – 3,5 г/л, альфа₂ – 6,3 г/л, бета – 9,7 г/л, гамма – 23,5 г/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 105 в 1 мин., нормальное положение электрической оси сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка.

Флюорография легких патологии не выявила. Рентгенограмма черепа: патологии свода не выявлено. Турецкое седло не увеличено, стенки ровные.

На МРТ (рис. 2)- картина немногочисленных супра-и инфратенториальных очагов глиоза, более вероятно сосудистого генеза; единичные постишемические лакунарные кисты; не резко выраженная наружная гидроцефалия. Лейкоареоз. Деформация моста мозга основной артерией. Признаки дополнительного образования на границе левой лобной и теменной области (более вероятно участок расширенного сосуда).

Консультация окулиста: признаки передней ишемической оптической нейропатии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии этого заболевания у больной?
3. Составьте план обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение необходимо назначить больной.

Пациентка А., 67 лет, обратилась в связи с болями и периодически возникающей отёчностью суставов кистей. Решила обследоваться самостоятельно, и в результатах ревмапроб было обнаружено повышение ревматоидного фактора 868 МЕд/мл.

Пациентка эмоционально астенизирована, рассказывает, что за последние 2-3 года у неё постоянно происходят неприятности со здоровьем. Резко ухудшилось состояние зубов, постоянно беспокоит сухость во рту, однако показатели сахара в крови – в пределах нормы. Недавно проходила УЗИ брюшной полости в связи с тем, что стала отмечать тяжесть в животе

слева. По данным УЗИ было выявлено значительное увеличение селезёнки (24x12 см), и пациентка получила направление к гематологу. Также, на протяжении последних нескольких месяцев пациентка отмечает послабление стула, метеоризм, присутствие в каловых массах плохо переваренных остатков пищи. Похудела на 6 кг за полгода. Пациентка жалуется, что настолько подавлена происходящими с ней изменениями, что даже не может плакать- нет слёз.

При осмотре наблюдается некоторая инъектированность конъюнктивы обоих глаз, в околоушных областях имеется небольшая припухлость. Язык сухой, обложен белым налётом, пришеечный кариес многих зубов. Признаков суставного воспаления при осмотре не выявлено. Температура тела 37,4°C. Из лабораторных данных имеется только общий анализ крови, в котором существенных изменений не отмечено. СОЭ 52 мм/час.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить на основании указанных изменений?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какой план лечения при данном заболевании?

Больной Г., 47 лет, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту, рвоту грязно-коричневым содержимым, диарею черного цвета. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели пациент ассоциирует их со съеденной не свежей едой. Сразу после еды у пациента возникло чувство тяжести в эпигастральной области, а через 3-4 часа развилась обильная рвота.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Имеются выраженные признаки ортостатических нарушений. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 120 уд/минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты $3,45 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 17%; цветовой показатель 0,56; тромбоциты $460,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $15,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 15%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 9 %; моноциты 1%; плазматические клетки 0%.

Миелограмма: клеточность костного мозга 500×10^{12} /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 37%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной Н., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 года, и пациент ассоциирует их с нарастающими болевыми явлениями при дефекации, часто сопровождающимися умеренными кровотечениями.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 уд/минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Больной направлен в отделение реанимации.

Анализ крови: гемоглобин 65 г/л; эритроциты $3,45 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 25%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты $590,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $11,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 7%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 30 %; моноциты 0%; плазматические клетки 0%

Миелограмма: клеточность костного мозга $180 \times 10^{12}/л$, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 40%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, эритроидный ряд 40%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной Ш., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, боли в области сердца, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже ног появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. На коже нижних конечностей имеются различной степени давности геморрагии. В легких дыхание жесткое. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ- 2500 ЕД/л. Больной направлен в отделение кардиореанимации

Анализ крови: гемоглобин 89 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 30%; цветовой показатель 1,19; тромбоциты $49,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $2,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 1%; сегментоядерные 73%; эозинофилы 3%; базофилы 1%, лимфоциты 20 %; моноциты 2%; плазматические клетки 0%, бласты $0 \times 10^9/л$, промиелоциты $0 \times 10^9/л$, миелоциты $0 \times 10^9/л$, метамиелоциты $0 \times 10^9/л$, палочкоядерные $0 \times 10^9/л$, сегментоядерные $0,2 \times 10^9/л$, эозинофилы $0 \times 10^9/л$, базофилы $0 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,56 \times 10^9/л$, моноциты $0,7 \times 10^9/л$, плазматические клетки $0 \times 10^9/л$, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500 \times 10^{12}/л$, бласты 3%, гранулоцитарный ряд 23%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 12%, эритроидный ряд 55%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной К., 71 года, обратился к врачу с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 120 уд/минуту, АД 160/110 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. В биохимии крови ЛДГ- 3500 ед/л. Больной направлен в отделение интенсивной неврологии.

Анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; цветовой показатель 1,34; тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; плазматические клетки 0%, бласты $0 \times 10^9/л$, промиелоциты $0 \times 10^9/л$, миелоциты $0 \times 10^9/л$, метамиелоциты $0 \times 10^9/л$, палочкоядерные $0 \times 10^9/л$, сегментоядерные $0,2 \times 10^9/л$, эозинофилы $0 \times 10^9/л$, базофилы $0 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,56 \times 10^9/л$, моноциты $0,7 \times 10^9/л$, плазматические клетки $0 \times 10^9/л$, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500 \times 10^{12}/л$, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 43%, лимфоидный ряд 8%, моноцитарный ряд 10%, мегалобласты 56%, эритроидный ряд 37%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной Н., 45 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, кашель, лихорадку до $39^{\circ} C$. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 недели. Накануне поступления в клинику на коже конечностей появилась геморрагическая сыпь.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже нижних конечностей - петехии. Выявляется гипертрофический гингивит. В нижних отделах легких слева выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 100/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 22%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты $9,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $2,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 80 %; моноциты 7%; плазматические клетки 0%, бласты $0 \times 10^9/л$, промиелоциты $0 \times 10^9/л$, миелоциты $0 \times 10^9/л$, метамиелоциты $0 \times 10^9/л$, палочкоядерные $0 \times 10^9/л$, сегментоядерные $0,2 \times 10^9/л$, эозинофилы $0 \times 10^9/л$, базофилы $0 \times 10^9/л$, лимфоциты $1,56 \times 10^9/л$, моноциты $0,7 \times 10^9/л$, плазматические клетки $0 \times 10^9/л$, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500 \times 10^{12}/л$, бласты 63%, гранулоцитарный ряд 10%, лимфоидный ряд 7%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 18%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной И., 67 лет, обратился к врачу с жалобами на нарастающие слабость и головокружение. В последнюю неделю появился кашель и лихорадка до $39^{\circ} C$. Нарастание симптомов наблюдается в последнюю неделю.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года в анализах крови отмечалась тенденция к депрессии 3-х ростков кроветворения.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. В нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. ЧСС 110 уд/минуту, АД 140/70 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены

Анализ крови: гемоглобин 67 г/л; эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$; гематокрит 25%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $49,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 50%; сегментоядерные 13%; эозинофилы 12%; базофилы 8%, лимфоциты 10 %; моноциты 7%; плазматические клетки 0%, бласты $0 \times 10^9/л$, промиелоциты $0 \times 10^9/л$, миелоциты $0 \times 10^9/л$, метамиелоциты $0 \times 10^9/л$, палочкоядерные $4 \times 10^9/л$, сегментоядерные $1 \times 10^9/л$, эозинофилы $1 \times 10^9/л$, базофилы $0,5 \times 10^9/л$, лимфоциты $1 \times 10^9/л$, моноциты $0,5 \times 10^9/л$, плазматические клетки $0 \times 10^9/л$, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100

лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 48 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $40 \times 10^{12}/л$, бласты 23%, гранулоцитарный ряд 20%, лимфоидный ряд 17%, моноцитарный ряд 12%, эритроидный ряд 28%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной И., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на головокружение, слабость, головную боль, тошноту, рвоту, тянущие боли в задних мышцах шеи при наклоне головы вниз. Нарастание симптомов наблюдается в течение последних 3-х недель.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Все периферические л/у увеличены. Л/у размером до 2 см, слегка болезненные, подвижные. ЧСС 110 уд/минуту, АД 160/100 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Выявлены признаки раздражения спинномозговых оболочек.

Анализ крови: гемоглобин 98 г/л; эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 34%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $21,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $110,0 \times 10^9/л$; бласты 90%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 0%; сегментоядерные 8%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 2%; моноциты 0%; плазматические клетки 0%, бласты $100 \times 10^9/л$, промиелоциты $0 \times 10^9/л$, миелоциты $0 \times 10^9/л$, метамиелоциты $0 \times 10^9/л$, палочкоядерные $0 \times 10^9/л$, сегментоядерные $8 \times 10^9/л$, эозинофилы $0 \times 10^9/л$, базофилы $0 \times 10^9/л$, лимфоциты $2 \times 10^9/л$, моноциты $0 \times 10^9/л$, плазматические клетки $0 \times 10^9/л$, анизоцитоз +, микроцитоз -, макроцитоз +, пойкилоцитоз +, полихроматофилия +, тельца Жолли -, кольца Кебота -, нормобласты 0/100 лейкоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов +, тени Боткина-Гумпрехта -, гиперсегментация ядер +, СОЭ 60 мм/час.

Миелограмма: клеточность костного мозга $500 \times 10^{12}/л$, бласты 92%, гранулоцитарный ряд 2%, лимфоидный ряд 2%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 2%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больная Л., 66 лет, считает себя больной около 3 лет, когда появилась и выросла слабость. Из анамнеза известно, что у больной имеется ишемическая болезнь сердца.

При осмотре – состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы увеличены до 2-3 см в диаметре, мягкой тестоватой консистенции. Селезенка увеличена и выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена.

По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16×10 см, однородная, селезеночная вена 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин 88 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}/л$, гематокрит 30%, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $110,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $120,0 \times 10^9/л$, гранулоциты 2%, лимфоциты 98%, моноциты 0%.

Миелограмма: клеточность костного мозга $140 \times 10^{12}/л$, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 12%, лимфоидный ряд 60%, моноцитарный ряд 2%, эритроидный ряд 24%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л

трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено инфильтрация мелких лимфоидных элементов.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+, CD 5+.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

Больная К., 56 лет, считает себя больной около года, когда появилась и нарасла слабость. Из анамнеза известно, что у больной около 15 лет выявляются маркеры вируса гепатита С. При осмотре – состояние средней тяжести. Все периферические лимфоузлы не увеличены. Селезенка увеличена и выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Печень не увеличена. По данным УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 16x10 см, однородная, селезеночная вена – 6 мм. Другой патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин 88 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $110,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л.

Миелограмма: клеточность костного мозга 140×10^{12} /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 160 ЕД/л. В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружено пластообразное разрастание мелких лимфоидных элементов со способностью формировать лимфоидные фолликулы.

Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 19 +, CD 20+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Больная А., 35 лет, считает себя больной около 2х месяцев, когда появилась и нарасла слабость, стал появляться отек головы при ее опускании вниз.

При осмотре – состояние средней тяжести. На передней грудной стенке в верхней трети с переходом на шею у больной имеется выраженная расширенная венозная сеть по типу

«головой медузы». Все периферические лимфоузлы не увеличены, кроме шейных, которые невозможно пропальпировать из-за выраженного отека. Яремные вены с обеих сторон резко расширены. Селезенка выступает на 1 см из-под края реберной дуги, печень – на 3 см. По данным КТ- томографии в переднем верхнем средостении располагается опухолевый конгломерат размерами 8x10 см с врастанием в верхнюю полую вену с образованием массивных тромботических масс во всей системе верхней полой вены.

Анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $3,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 35 %, цветовой показатель 1, тромбоциты $210,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $15,0 \times 10^9$ /л.

Миелограмма: клеточность костного мозга 250×10^{12} /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 2060 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 54 ЕД/л, ГГТП 120 ЕД/л. В трепанобиопсии костного мозга присутствуют все ростки гемопоэза.

Проведена биопсия опухоли переднего верхнего средостения: в лимфоузле имеется разрастание крупноклеточной лимфомы со стиранием рисунка лимфатического узла. Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 +, CD 30+.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследования необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?
5. Экстренные лечебные мероприятия.

Больная Е., 16 лет, считает себя больной около года, когда регулярно стали появляться ночные проливные поты. Около 8 месяцев назад появились приступы лихорадки до 38°-39 °С. Около 2х недель назад у больной появился сухой кашель.

Объективно: состояние средней тяжести. При осмотре обнаружено увеличение всех групп лимфоузлов «каменной» плотности, мало смещаемые по отношению к окружающим тканям. Селезенка увеличена и выступает на 2 см из под края реберной дуги.

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л, эритроциты $2,70 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 30 %, цветовой показатель 0,8, тромбоциты $210,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л, бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0 %, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 10 %, сегментоядерные 70%, эозинофилы 0%, базофилы 0%, лимфоциты 20%, моноциты 0%, плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л, СОЭ 60 мм/час

Миелограмма: клеточность костного мозга 140×10^{12} /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 42%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 27%.

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 30 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 460 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 560 ЕД/л.

В трепанобиопсии костного мозга в межбалочном пространстве обнаружены крупные многоядерные клетки, подозрительные на клетки Рид-Штернбернга.

Проведена ИГХ: все атипичные клетки экспрессируют маркеры CD 15 +, CD 30+

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
4. Каков алгоритм проведения лечения?

Больной Э., 25 лет, госпитализирован БСМП в связи с носовым кровотечением в течение 3 часов.

В течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти, периодически - мигренозная головная боль. Терапия: иммигран при возникновении приступа головной боль. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Состоявшееся носовое кровотечение. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +1 см.

Анализ крови: гемоглобин 119 г/л; эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 20%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $1560,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,3 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 56%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 36 %; моноциты 3%; СОЭ 5 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Каковы причины кровотечения в случае тромбоцитоза?
4. Определите тактику ведения больного.

Больная Е., 30 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение в связи с замершей беременностью на сроке 8 недель.

Анамнез: беременность 2, самостоятельная, первая беременность в возрасте 26 лет закончилась самопроизвольным абортom на сроке 6 недель. В течение последних двух лет беспокоит общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, снижение памяти. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Геморрагического синдрома нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/80 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л; эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; цветовой показатель 1,0; тромбоциты $1221,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 1%; сегментоядерные 52%; эозинофилы 2%; лимфоциты 37 %; моноциты 2%; СОЭ 5 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования
3. Определите тактику ведения больного

Больная Ж., 33 лет, жалоб активно не предъявляет, считает себя здоровым человеком, занимается спортом.

При плановом медицинском обследовании в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, тромбоцитоз: гемоглобин 123 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 43%; цветовой показатель 1,0; тромбоциты $860,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $17,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 63%; эозинофилы 8%; базофилы 6%; лимфоциты 16 %; моноциты 2%; СОЭ 10 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +2 см.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Больной У., 40 лет, обратился в поликлинику по поводу простудного заболевания.

В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, гипохромная микроцитарная анемия: гемоглобин 105 г/л; эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$; гематокрит 23%; цветовой показатель 0,7; тромбоциты $450,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $47,9 \times 10^9/л$; палочкоядерные 11%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 5%; базофилы 6%; лимфоциты 5 %; моноциты 1%; СОЭ 15 мм/час.

Объективно: кожные покровы нормального цвета, геморрагического синдрома нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 70 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +7 см.

При дополнительном обследовании: BCR/ABL p210 – 67%, СЦИ выявило t(9;22) в 100% метафаз. Назначена терапия ИТКИ. Переносит терапию неудовлетворительно – тошнота, рвота, отеки.

Контрольное обследование через 3 месяца терапии: полный гематологический ответ, минимальный цитогенетический ответ (Ph-хромосома выявлена в 60% метафаз), отсутствие молекулярного ответа (BCR/ABL p210 – 30%)

Вопросы:

1. Диагноз заболевания.
2. Назначьте дополнительные исследования
3. Определите тактику ведения больного

Больная Д., 55 лет, жалуется на общую слабость, колющие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и при повышении артериального давления, отеки голеностопных суставов, боль в области больших пальцев ног.

В течение 10 лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Регулярно принимает эналаприл 4 мг в сутки. В течение последнего года беспокоит кожный зуд, жжение кожи после душа.

Объективно: гиперемия лица, ладоней, слизистой ротовой полости, инъецированность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 160/100 мм рт. ст. ЧСС 66 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +5 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин 180 г/л; эритроциты $6,2 \times 10^{12}/л$; гематокрит 54%; цветовой показатель 1,0; ретикулоциты 2%; тромбоциты $560,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $13,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 68%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 22 %; моноциты 2%; СОЭ 1 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

Больной Л., 58 лет, проживает в г.Чебоксары, обратился к ЛОР по поводу храпа. Амбулаторно проведено оперативное лечение – увулопалатопластика.

Оперативное вмешательство осложнилось развитием кровотечения, что потребовало госпитализации. Кровотечение остановлено в/в введением транексамовой кислоты. Объективно: гиперемия лица, ладоней, слизистой ротовой полости, инъецированность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны

сердца приглушены, ритм правильный. АД 180/100 мм рт. ст. ЧСС 60 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка +10 см.

Клинический анализ крови: гемоглобин 243 г/л; эритроциты $8,3 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 63%; цветовой показатель 0,9; тромбоциты $480,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $16,7 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 71%; эозинофилы 2%; базофилы 1%; лимфоциты 19 %; моноциты 2%; СОЭ 1 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.
4. Ошибки в тактике ведения больного.

Больной Р., 56 лет, в отделение неврологии с жалобами на слабость в ногах и боли в грудном и поясничном отделах позвоночника.

Из анамнеза известно, что боли в спине у больного появились около 2х лет назад. А слабость в ногах появилась и нарастает последний месяц.

При осмотре – состояние тяжелое. Кожные покровы сухие, бледные. АД 160/100 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, сухое.

Анализ крови: гемоглобин 87 г/л; эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 34%; цветовой показатель 0,8; тромбоциты $49,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; бласты 0%, промиелоциты 0%, миелоциты 0%, метамиелоциты 0%, палочкоядерные 6%; сегментоядерные 72%; эозинофилы 0%; базофилы 0%; лимфоциты 16 %; моноциты 6%; плазматические клетки 0%, бласты 0×10^9 /л, промиелоциты 0×10^9 /л, миелоциты 0×10^9 /л.

Биохимия крови: общий белок 145 г/л, альбумин 28 г/л, мочевины 20 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, ЛДГ 650 ЕД/л, ЩФ 460 ЕД/л, АСТ 32 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л.

Миелограмма: клеточность костного мозга 100×10^{12} /л, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 22%, лимфоидный ряд 12%, моноцитарный ряд 7%, эритроидный ряд 34%, плазматические клетки 23%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Экстренные лечебные мероприятия.
3. Необходимое дообследование.
4. Алгоритм лечения.

течение последних 10 лет в клиническом анализе крови отмечается умеренный тромбоцитоз: 480 тыс, с тенденцией к нарастанию до 900 в динамике; умеренная спленомегалия: +3 см.

В течение последнего года беспокоит общая слабость, головокружение, боли в левом подреберье, потливость, похудел на 6 кг без видимых причин, субфебрилитет. Постоянно медикаментозную терапию не получает.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Селезенка: нижний край селезенки пальпируется уровне гребня подвздошной кости.

Клинический анализ крови: гемоглобин 80 г/л; эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 20%; цветовой показатель 0,6; тромбоциты $430,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л; бласты 1%, миелоциты

2%, метамиелоциты 3%, палочкоядерные 11%; сегментоядерные 78%; эозинофилы 1%; базофилы 1%; лимфоциты 30 %; моноциты 3%; СОЭ 5 мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования
3. Определите тактику ведения больного

Больная К., 56 лет, заболела внезапно. Дома случился коллапс, была вызвана БСМП. Со слов родственников, до этого случая была здорова, в анамнезе нет тяжелых заболеваний. При осмотре состояние тяжелое. Дыхательные пути свободные, дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 60/36 мм рт ст, ЧСС – 140 уд. в мин. По шкале Глазго 11 баллов. SpO_2 – 74%.

Установлен периферический венозный катетер, начата инфузия р-ра хлорида натрия 0,9% 1 литр, оксигенотерапия 35% кислородом потоком 15 л/мин.

На фоне лечения: ЧД – 20 в мин, АД 90/60 мм рт ст, ЧСС – 125 в мин., SpO_2 – 86%. По шкале Глазго 14 баллов. Доставлена в стационар.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 126 уд. в мин. Давление в яремной вене повышено до + 10 см вод. ст. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны нервной системы без особенностей. На ЭХО- КГ: увеличение правых отделов сердца, признаки легочной гипертензии. На рентгенограмме грудной клетки легочные поля чистые. D – димеры: 1,8 мг/л, тропонин T: 0,6 нг/мл.

Газы артериальной крови: рН- 7,36, p_aO_2 - 7,4 кПа, p_aCO_2 - 4,5 кПа, НСО - 23 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты физикального осмотра, ЭКГ, ЭХОКГ, пульсоксиметрии, ангиографии, показателей крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Основные подходы к лечению данной патологии.
5. Прогноз и терапия на этапе амбулаторного лечения

Больной В., 46 лет, переведен из травматологического отделения в отделение АиР в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму, при которой произошел перелом седалищной кости справа и закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — остеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей, установлены аппараты Илизарова на оба бедра.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен выраженный цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох.

АД 75/30 мм рт.ст., SpO_2 - 76%, ЧСС-138 уд/мин. Общее состояние расценено, как крайне тяжелое. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

а ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен R-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

При УЗДГ вен нижних конечностей определяется не полностью окклюзирующий тромб в большой подкожной вене правого бедра и в суральных венах правой голени.

Вопросы:

1. Ваша диагностическая концепция, характеризующая резкое ухудшение болезни.
2. Назовите ведущие синдромы острого состояния.
3. Какой объем дообследования необходимо провести?
4. Обосновать тактику ведения и лечения больного.

Пациент В., 19 лет. Обратился к врачу с жалобами на ощущение стесненности в груди и одышку в течение 6 недель. Преимущественно вышеперечисленные жалобы возникают когда он бежит или входит в пыльную комнату. Его также беспокоит кашель и удушье, от которых он просыпается по ночам, хотя мокрота не откашливается. Кашель и удушье проходят самостоятельно. Он спортсмен, готовится к ответственным соревнованиям и эти симптомы мешают тренировкам.

При дальнейшем опросе выяснилось, что в начальной школе он пользовался ингалятором. В детстве у него была экзема и сменная лихорадка. Пациент не курит, домашних животных не держит. У матери бронхиальная астма.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт ст, ЧСС – 64 в мин. В легких дыхание проводится во все отделы, с жестковатым оттенком, во всех отделах выслушиваются сухие свистящие хрипы, ЧД – 18 в мин. Живот мягкий без болезненный. Неврологических нарушений не выявлено.

На рентгенограмме грудной клетки без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин 14,6 г/дл, лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 230×10^9 /л, нейтрофилы $5,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1×10^9 /л, сывороточный IgE 220 кЕд/л.

Выявлены положительные кожные скарификационные тесты на домашнюю пыль и пыльцу растений.

Мониторирование ПСВ в домашних условиях: самое высокое значение 480 л/мин, самое низкое 360 л/мин. Процент вариабельности 25%.

Вопросы:

1. Установите диагноз (в соответствии с международными и отечественными рекомендациями).
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Интерпретируйте показатели исследований.
4. Назовите основные причины заболевания и факторы, провоцирующие обострение.
5. Назовите основные принципы лечения данной патологии (в соответствии с международными и отечественными рекомендациями).
6. Назовите основные группы препаратов, их комбинации и формы доставки при данной патологии. Немедикаментозное лечение.
7. Прогноз и ведение данной группы пациентов амбулаторно.

Больная К., 35 лет, обратилась к врачу в связи с учатившимися приступами удушья и сухим кашлем. Удушье сопровождается свистящим дыханием и дистанционными сухими свистящими хрипами. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. Сама пациентка болеет с детства (с 7 лет), когда впервые возникли приступы удушья после укуса пчелы. Не постоянно, в периоды обострения болезни, принимала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к

пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли, пчелиному меду, некоторым фруктам (цитрусовые), рыбе. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. В связи с имеющейся полипозной риносинусопатией и аллергическим риноконъюнктивитом была сделана полипотомия и конхотомия. В возрасте 16 лет пациентке проведен курс АСИТ, после чего на 15 лет приступы затрудненного дыхания прекратились. После рождения ребенка в возрасте 31 года приступы удушья возобновились по 1-2 раза в неделю, а последние дни — до 6-8 раз в сутки, чаще в ночные часы (купирует сальбутамолом).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, небольшая одутловатость лица, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-104 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Грудная клетка эмфизематозна. Перкуторно — над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, удлинённой фазой выдоха. Выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона над легочной артерией, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ1 (исходно) - 28% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ1 - 73% к должн. (ΔОФВ1-45%), что указывает на обратимость бронхиальной обструкции. В анализе крови — эозинофилы — 23%, IgE сыворотки крови >150 МЕ.

Вопросы:

1. Ваша диагностическая концепция для данной пациентки.
2. Ведущие синдромы болезни.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения с учетом проведения «базисной» терапии.

Больной Т., 32 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья.

Со слов родственников, с 16 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, как правило, развивались в весенне-летний период. При аллергологическом обследовании была выявлена положительная реакция на аллергены деревьев (береза, ольха, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 28 лет перенес бронхопневмонию, после чего течение основного заболевания стало более тяжелым. Исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более продолжительными и тяжелыми. Больной постоянно ингалировал сальметерол, и бекодид. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5 градусов, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купированный повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 10 часов). Бригадой СМП был введен эуфиллин и преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

При осмотре состояние тяжелое, возбужден. Положение вынужденное - сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

Дыхание шумное с удлиненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Прекурторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное везикулярное, над нижними отделами легких участки, над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм

неправильный, ЧСС -112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. АД - 100/60 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкуторные размеры её по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин-140 г/л. эритроциты- $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л., п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч

Биохимический анализ крови: Фибриноген-5 г/л (норма 2-3,5), СРБ – 12 мг/л (норма 0-5,0мг/л).

Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE.

Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны.

ФВД проведена через неделю после госпитализации:

ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 55%, индекс Тиффно - 60%.

Проба с беротеком положительная - прирост показателя после ингаляции 30%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца.

КОР: рН - 7,33; РаО₂ - 65 мм рт ст; РаСО₂ - 48 мм рт ст; ВЕ - (-) 3,5; SB - 17

Вопросы:

- 1.Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
- 2.Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
- 3.Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
- 4.Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
- 5.Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больной К., 54 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторную одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал ампиокс, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка симметрична, расширена в передне-заднем направлении, эластичность ее снижена. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см.

вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л. Эритроциты- $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л, п/я-7%, с/я -52%, э.-3%, м.- 3%, л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л (норма 60-85), фибриноген-9 г/л (норма 2-3,5), холестерин-6,0 ммоль/л (норма 3,5-5,5), СРБ – 15 мг/л (норма 0- 5,0 мг/л).

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60/100 - 70/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост *Streptococcus pneumoniae* 10^3 ; *Staphylococcus aureus* 10^4 ; *Nemophylus influenzae* 10^6 *Moraxella catarrhalis* 10^6 .

Рентгенография грудной клетки: прилагается

ФВД: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком прирост показателя после ингаляции <10 %.

КОР: pH - 7,35 (норма 7,45-7,35); PaO₂ - 75 мм рт ст; PaCO₂ - 46 мм рт ст; BE - (-) 3, (норма +, - 2,7); SB - 18 (норма 20 +, - 1)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, R-волны готической формы в отведениях II, III, aVF, V1-V3, амплитуда R-волны в этих отведениях 3 мм. Амплитуда RV1 > 7 мм, RV1/SV1 > 1, RaVR > 4 мм > QaVR. Депрессия сегмента ST во II, III, aVF и правых грудных отведениях.

Рентгенография грудной клетки

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больная Д., 63 лет, поступила в клинику с жалобами на кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, экспираторную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, субфебрильную температуру, отеки на ногах.

Из анамнеза известно, что пациентка с детства часто страдала респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. Работала на ткацкой фабрике, в условиях высокой запыленности. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет появились отеки на ногах.

Настоящее ухудшение около недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Дыхание с удлиненным выдохом, свистящее, частота дыхания 26 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Перкуторный звук коробочный. Дыхание ослабленное, с удлиненным выдохом. Над всей поверхностью легких большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов, в нижних отделах с обеих сторон звонкие влажные хрипы. Границы сердца определяются с трудом из-за выраженной эмфиземы. Правая граница на 2,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*,

левая граница на 0,5 см. влево от *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/90 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см., перкуторные размеры её по Курлову 15*12*9 см. Голени и стопы отечны.

Клинический анализ крови: гемоглобин -160 г/л, эритроциты- $6,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я-6%, с/я 62%, э.-2%, м.- 2%, л-30%. СОЭ-8 мм/ч

Биохимический анализ крови: Общ. белок- 65 г/л (норма 60-85). Альбумины-40,0г/л (55-65). Фибриноген-5 г/л.(норма <5), СРБ – 17 мг/л (норма 0-5,0мг/л).

Анализ мокроты: мокрота вязкая слизисто-гнойная. лейкоциты -50/100 - 60/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост *Streptococcus pneumonia* 10*3; *Staphylococcus aureus* 10*4; *Nemophylus influenza* 10*6. *Moraxella catarrhalis* 10*6

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни расширены, структурны. Оба купола диафрагмы уплощены, опущены. Синусы свободны. дуга левого контура.

ФВД: ЖЕЛ -60%; ОФВ1 - 45%, индекс Тиффно - 60%.

Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции < 10%.

КОР: рН - 7,34 (норма 7,45-7,35); РаО₂ - 60 мм рт ст; РаСО₂ - 46 мм рт ст; ВЕ - (-) 3,0 (норма +,- 2,7); SB - 18 (норма 20 +,- 1)

Вопросы:

- 1.Выделите основные синдромы у пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.
- 2.Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
- 3.Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
- 4.Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
- 5.Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Пациент Н., 71 года. Жалобы при поступлении на боль в области сердца чаще при физической нагрузке, которые исчезают после приема 1 таблетки нитроглицерина.

Впервые боли в области сердца появились всего несколько месяцев назад. В районной поликлинике было предложено стационарное лечение, но больной отказался. Ему была снята ЭКГ и назначено лечение: нитроглицерин при болях в области сердца, контроль АД и повторный визит к врачу через неделю. Однако через 5-6 дней боль в области сердца стала чаще и интенсивней, хотя прием нитроглицерина давал положительный результат, вчера боль усилилась, больной был госпитализирован.

В больнице в отделении интенсивной терапии жалоб не было, ЭКГ без изменений и через 24 часа был переведен в терапевтическое отделение. Назначено обследование и лечение (лизиноприл 10 мг в день, арифон 2,5 мг в день- АД 160/110). Через 3 дня у больного возникли явления ринита и фарингита. Самочувствие оставалось удовлетворительное, через 3 дня повысилась температура тела до 37,5°C к вечеру, появился кашель с небольшим количеством мокроты. Затем температура тела повысилась до 38,5°C, кашель усилился, сердцебиение, АД 120/80 мм рт ст. Кожные покровы влажные, одышка во время разговора с врачом, ЧД 22 в мин, пульс 96 уд. в мин.

При осмотре: региональные лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легочными полями не изменен - ясный легочный с тимпаническим оттенком. При аускультации везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы (больной курит). Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Мочеиспускание в норме.

Лабораторное исследование: лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты 4×10^{12} /л, гемоглобин 135 г/л. Формула крови не изменена. СОЭ 14 мм/час. Рентген легких: тень сердца с несколько

увеличенным левым желудочком. Легочные поля прозрачные. Корни легких не увеличены.

Компьютерная томография легких: Очаг инфильтрации в нижней доле правого легкого 2x4 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика лечения.

Пациентка Б., 78 лет, поступила в травматологическое отделение с диагнозом «чрезвычайный перелом правой бедренной кости». Пациентке в экстренном порядке выполнен остеосинтез штифтом. После операции пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии. В ОАК было отмечено снижение уровня гемоглобина до 60 г/л (цветовой показатель 0,81 ед). На фоне трансфузии эритроцитарной массы отмечено повышение уровня Гемоглобина до 98 г/л. Через 4 суток после стабилизации состояния больная переведена в травматологическое отделение.

Спустя неделю от начала госпитализации отмечено повышение температуры тела до 38,5° С, пациентка отметила появление кашля без отделения мокроты.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки: (в прямой проекции) в нижних отделах справа, ближе к синусу определяется участок уплотнения лёгочной ткани с неровными нечёткими контурами за счёт инфильтрации. На остальном протяжении легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок усилен по смешанному типу, преимущественно в базальных отделах, деформирован за счет пневмосклероза. Корни легких уплотнены, тяжистые, не расширены, структура их сохранена. Диафрагма обычно расположена. Синусы слева прослеживаются. Тень сердца расширена влево. Аорта уплотнена.

Анализ крови: концентрация гемоглобина 101 г/л, количество эритроцитов $4.81 \times 10^{12}/л$ Гематокрит (НСТ) 38.8%, средний объём эритроцитов 80.7 фл, среднее содержание гемоглобина 28,3 пг, средняя концентрация гемоглобина 351 г/л, ширина распределения 18,1 %, количество тромбоцитов $271 \times 10^9/л$, средний объём тромбоцитов 8,4 фл, тромбоциты 0.22%. Количество лейкоциты $16,10 \times 10^9/л$, лимфоциты 12,1%, моноциты 0,8%, гранулоциты 87,10 %, лимфоциты $2.00 \times 10^9/л$, моноциты $0,1 \times 10^9/л$, гранулоциты $14.00 \times 10^9/л$, цветовой показатель 0.80

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика лечения пациентки.

Больной П., 53 лет, жалуется на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, кашель со скудным количеством слизистой мокроты (до 5-15 мл в сутки).

Anamnesis morbi: заболевание началось около 1,5 лет назад с появления сухого кашля и постепенно усиливающейся одышки. При рентгенографии были выявлены множественные участки затемнения во всех отделах легких и деформация корней легких. За время болезни похудел на 10 кг.

Anamnesis vitae: в анамнезе редкие простудные заболевания. Аллергологический и семейный анамнез не отягощены. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Объективно: состояние больного средней тяжести, температура тела – 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Ногти в виде часовых стекол. Пальцы в виде барабанных палочек. Отеков нет. Грудная клетка симметрична. Частота дыхания в покое – 24 в минуту. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричные участки грудной клетки.

Определяется притупление перкуторного звука над базальными отделами легких с обеих сторон. Дыхание жесткое, в базальных отделах легких выслушивается крепитация. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ЧСС – 96 в 1 минуту, ритм правильный. Шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры ее по Курлову: 10х9х8 см.

Общий анализ крови: Эритроциты - $5,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 164 г/л, лейкоциты - $2,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 27%, моноциты - 4%, СОЭ-10 мм/час. Биохимическое исследование крови: общий белок 64 г/л. Альбумин 33,4%, α_1 -7,4%, α_2 -14,4%, β - 10,3% (н 8,6-13,7), γ -14,5%. CRP- 10 мг/л (норма 0-5 мг/л). Креатинин- 100 мкмоль/л (н. 88-101 мкмоль/л), мочевины 8,1 ммоль/л (н. 2,5-8,3 ммоль/л). Общий билирубин- 8,7 мкм/л. ЛДГ 835 ед/л (н 240-480). АСТ- 8,4 ед/л (н 0-40), АЛТ 39,1 ед/л (н 0-40). Фибриноген 4,75 г/л, (н 2-4,0).

Открытая биопсия легкого, морфология: обычная интерстициальная пневмония, антракоз? Иммунологическое исследование крови: РФ –отр, АСЛ-О 0 МЕ/мл (н 0-125), СРБ 0,39 мг/дл (н 0-0,8), комплемент 27 гемм.ед. (н 20-40), IgA-175(50-300), IgM-120(40-200), IgG-1750 (600-2000).

Исследование мокроты: Консистенция: п/вязкая. Характер: слизисто-гнойный. Цвет: серый. Лейкоциты: 30-50-80 в п/зр. Эритроциты: 1-3 в п/зр. Макрофаги: много. Атипичные клетки: не найдены. Нормофлора – смешанная.

Электрокардиограмма: ритм синусовый правильный. Частота сокращений в I минуту 84. Интервал P-R-164 мс (норма до 0,18") Интервал QRS-96 мс (норма до 0,09") QRS I, II, III не деформирован. Зубец P_I (+), P_{II} (+), P_{III} (+), aVF и V₂₋₆ (+), Зубец T_I (+), T_{II} (+), T_{III} (+), V₂₋₆ (+).

ЭхоКГ: Корень аорты, камеры сердца не расширены (А – 3,3 см, ЛП – 3,9 см, ПЖ – 2,2 см, Дд – 5,0 см). Легочная артерия не расширена -2,2 см. Клапанные структуры органически не изменены. Стенки левого и правого желудочков на верхней границе нормы (ТМЖП – 1,0 см, ТЗСЛЖ – 1,1 см, ТПСЛЖ – 0,4 см). Зоны гипокинезии не выявлены. Фракция выброса 66%. Признаков легочной гипертензии нет. Функция диастолического расслабления миокарда не нарушена.

ФВД: ЖЕЛ 45%, ОФВ₁ 59%, индекс Тифно 68%. DLCO 61% от должной.

КТ грудной клетки: На серии аксиальных томограмм – по всем легочным полям снижение пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла» до -720 едН (норма – 900 едН), уплотнение междолькового интерстиция за счет фиброза по типу «сотового легкого», максимально выраженная в базальных отделах. Наличие внутридольковой и парасептальной эмфиземы, булл в нижней доле справа до 16 мм в диаметре, в языковых сегментах до 22 мм. В базальных отделах бронхоэктазы. Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, стенки уплотнены, просветы свободны. Структуры средостения и корней легких дифференцированы. Интракорнеальные лимфатические узлы увеличены: парааортальные до 11,2 мм, паратрахеальные до 16,8 мм, бифуркационные до 21,9 мм. Выпота в серозных полостях нет, листки плевры неравномерно утолщены, плевродиафрагмальные спайки.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените тяжесть его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом жалоб, данных анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можнополучить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больной М., 52 лет, работал слесарем, в настоящее время не работает, БОМЖ, злоупотребляет алкоголем. Заболел неделю назад – после переохлаждения появились недомогание, лихорадка до 38°C, головные боли, миалгии, сухой кашель. Через 2 дня на фоне приема жаропонижающих средств температура снизилась до субфебрильной, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании, на следующий день боли исчезли, однако появилась нарастающая одышка.

При обращении к врачу – состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски, влажные. ЧД – 24 в 1 мин, ортопноэ нет. Правая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Перкуторный звук справа ниже угла лопатки укорочен, здесь же проведение дыхания ослаблено. Над остальными отделами дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

Анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 386×10^9 /л, лейкоциты – $8,9 \times 10^9$ /л (п – 6%, с – 74%, л – 18%, м – 2%), СОЭ – 42 мм/час.

Анализ мочи без особенностей.

Общий белок – 74 г/л, билирубин общий – 23.8 (прямой – 5.2) мкмоль/л, АСТ – 36 ед/л, АЛТ – 38 ед/л, ГГТ – 92 ед/л, мочевины – 7.4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СРБ – +++++. ЭКГ – без признаков патологии. Рентгенография грудной клетки:

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Больной П., 29 лет, программист поступил в приемное отделение по «скорой помощи» с диагнозом левосторонняя внебольничная пневмония. Почувствовал себя плохо за 1 час до приезда «скорой», когда развилось обморочное состояние, удушье. Затем он закашлялся, отошла кровь плевком.

При поступлении умеренно выраженный диффузный цианоз, одышка 27 в мин. Лежит горизонтально, ортопноэ нет. Конечности теплые, правая нога синюшная, отечная, симптомы Хоманса, Мозеса положительные (со слов пациента он всю ночь работал за компьютером сидя, подвернув под себя правую ногу).

Температура в пределах нормальных значений. В легких дыхание везикулярное, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах левого легкого. ЧСС – 110 в мин, пульс ритмичный, АД – 100/60 мм рт.ст., выслушивается систолический шум II-й градации на трехстворчатом клапане. Живот мягкий, печень – + 1, умеренно болезненная при пальпации. ЭКГ и ЭхоКГ больного представлены на рисунках 1 и 2 соответственно.

Вопросы:

1. В соответствии с описанной клинической картиной и данными методов исследований предположите заболевание, которым страдает пациент.
2. Какой метод диагностики данного состояния в настоящее время признан «золотым стандартом»?
3. Какова современная классификация подозреваемой у пациента патологии?
4. Какой алгоритм диагностики в зависимости от тяжести подозреваемой патологии предлагается в настоящее время?
5. Какая тактика лечения существует в настоящее время в соответствии с классификацией подозреваемой патологии?

Больная З., 75 лет, поступила в тяжелом состоянии в реанимационное отделение больницы. Основные жалобы: выраженная одышка и слабость.

При осмотре: выраженный цианоз губ, диффузный цианоз. Одышка в покое 30 в мин, резко усиливается при движениях в постели. Питания повышенного (ИМТ – 29 кг/м²). С обеих сторон по всей поверхности легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум III-й градации над трехстворчатым клапаном. Печень - +4 см, край закругленный, умеренно болезненная при пальпации. Отеки нижних конечностей до верхней трети голени. Со слов пациентки 2 года назад перенесла тромбоз глубоких вен правой голени, а затем - инфаркт миокарда, после чего начала развиваться данная клиническая картина.

Вопросы:

1. Для какого состояния характерна электрокардиограмма больной З.
2. Какое заболевание, по Вашему мнению, перенесла пациентка 2 года назад?
3. Как называется ее настоящее заболевание?
4. Какие мероприятия следует предпринять для диагностики этого заболевания? Какое исследование является «золотым стандартом»?
5. Какие группы препаратов существуют в настоящее время для лечения этого состояния?
6. Существуют ли хирургические методы лечения этого состояния, и какова их эффективность?

Больного Ж., 18 лет, в течение 3 дней беспокоит боль при глотании, изжога. Регургитация, снижение массы тела, боль в грудной клетке отсутствуют. Известно, что более 2-х месяцев принимал ибупрофен по поводу выраженной боли в локтевом суставе.

При физикальном осмотре патологических отклонений не выявлено. При проведении ЭГДС выявлены изменения слизистой пищевода (см. фото).

Анализ крови клинический: гемоглобин -156 г/л, эритроциты 5.4×10^{12} /л, лейкоциты 8.2×10^9 /л, СОЭ – 12 мм/час, Тромбоциты -262×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 2%, с/я – 70%, э-3%, б-0%, мон-8%, лимфоциты -17%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 24 ед/л, АСТ – 28 ед/л, ГГТП – 12 ед/л, ЩФ – 216 мкмоль/л, билирубин общий – 18.6 мкмоль/л, прямой – 4.0 мкмоль/л, непрямой – 14.6 мкмоль/л, глюкоза – 4.8 ммоль/л, мочевины – 6.4 ммоль/л, креатинин – 76 ммоль/л, холестерин – 4.2 ммоль/л, общий белок – 78 г/л, K⁺ - 4.6 ммоль/л, Na⁺ - 142 ммоль/л

Эзофагогастродуоденоскопия: зоны воспаления чередуются с относительно сохранными участками слизистой оболочки пищевода, без изъязвлений.

Вопросы:

1. Что означает термин одинофагии? Каковы наиболее вероятные причины одинофагии?
2. Какие заболевания следует внести в диагностический поиск при данных жалобах пациента?
3. Какие методы диагностики целесообразно использовать для уточнения причины одинофагии?
4. Назовите основные принципы лечения синдрома одинофагии.

Пациент Л., 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью/или через 1,5-2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м², гиперемия лица. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина – отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,95, лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$, ретикулоциты 17%, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза – 1436 (норма до 800)

Б/х анализ крови: АЛТ – 36ед/л, АСТ – 55ед/л, ГГТП – 14ед/л, ЩФ – 216ед/л, альфа-амилаза – 418ед/л (норма до 390), холестерин – 6,87ммоль/л, глюкоза – 6,1ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь – слабо положительный Уреазный дыхательный тест - положительный

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости, заключение: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Лечебная тактика ведения.

Пациент Ж., 18 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в пилоро-бульбарной зоне, возникающие натощак, ночью, на фоне стрессовых ситуаций (экзамен в институте), периодически отрыжку воздухом, горечь во рту по утрам. Боли без иррадиации, купируются приемом пищи, воды, альмагеля. Ранее не обследовался, к врачу не обращался, хотя боли в животе отмечает уже около года. Настоящее ухудшение около 2 недель.

Пациент 4 года курит по 2 пачки сигарет в день, по праздникам употребляет спиртные напитки, пьет регулярно кофе, диету не соблюдает, питается в заведениях фаст-фуда. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилоро-бульбарной зоне. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание б/о.

Клинический анализ крови: Гемоглобин 128 г/л, эритроциты 4,1х10¹²/л, ЦП 0,95, лейкоциты 7,1х10⁹/л, СОЭ 6 мм/час.

Уреазный дыхательный тест - положительный Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный.

NADAL- тест на содержание в кале гемоглобина и комплекса гемоглобин/гаптоглобин –отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода умеренно гиперемирована в нижней трети. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка умеренно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки рубцово - воспалительно деформирована, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект с перифокальным валом инфильтрации, диаметром 8 мм (фото), залуковичные отделы гиперемированы,

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной, этиологические факторы;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Пациент М, 22 лет, студент, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на умеренные спастические боли в эпигастриальной области, возникающие через 20-30 минут после приема пищи, без иррадиации, отрыжку кислым, изжогу, неприятный привкус во рту, запоры.

Считает себя больным в течение года, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал альмагель с положительным эффектом. Последние 3 дня, после погрешности в диете отмечается появление и усиление выше описанных жалоб.

Вредные привычки: курит. Питание не регулярное. Наследственный анамнез: мать здорова, у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7. Кожные покровы и видимые слизистые б/о. Отеков нет. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомы, Мюсси, Ортнера, Кера, Менделя и Щеткина – Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови : Гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,95, лейкоциты $7,1 \times 10^9/л$, СОЭ 8 мм/час

Клинический анализ мочи: уд.вес 1018, белок – отр., эритроциты отр., лейкоциты 1-2 в п.зр. ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, чистая. Кардия смыкается полностью. Желудок обычной формы и размеров, перистальтика живая, большое количество слизи, в антральном отделе желудка слизистая оболочка отечная, пятнисто гиперемирована, единичные плоские эрозии, сосудистый рисунок не четкий. Луковица ДПК не деформирована, слизистая розовая.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Пациентка Д., 22 лет, обратилась с жалобами на частый до 7-8 раз в сутки неоформленный стул жидкой и/или кашицеобразной консистенции с примесью слизи, иногда ложные позывы на дефекацию, боли в животе чаще без четкой локализации, реже спастические по ходу толстой кишки, больше слева в мезо- и гипогастрии. Боли частично купировала спазмолитиками (дротаверин). Похудела на 5 кг за 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что около 6 месяцев назад впервые в жизни после еды в кафе отметила озноб, температуру не измеряла, спастические боли в животе, жидкий стул. Поэтому по поводу обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства – было заподозрено пищевое отравление, проведено обследование на иерсиниоз, псевдотуберкулез, дизентерию, сальмонеллез – результат отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости патологии не выявило.

ЭГДС – поверхностный гастродуоденит, недостаточность кардии.

Была проведена терапия спазмолитиками, абсорбентами, противоглистными препаратами, препаратами нормофлоры – с частичным эффектом. Однако, после отмены терапии – возобновление жалоб.

ОАК, ОАМ – без отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови – отмечается повышение СРБ

Копрограмма – консистенция – жидкая; реакция на скрытую кровь – положительная; бактерии – много; слизь – много; лейкоциты – много; стеркобилин – есть.

NADAL-тест – две полоски – положительный.

Кальпротектин кала – 976 (норма до 50).

ФКС - колоноскоп проведен в купол слепой кишки, слизистая правых отделов не изменена, терминальный отдел подвздошной кишки осмотрен на протяжении 25 см – без патологических изменений, начиная с нижней трети нисходящего отдела ободочной кишки

определяется выраженная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки, инъецированность сосудов, вплоть до слизистой оболочки прямой кишки, где определяются множественные поверхностные эрозии с наложением фибрина, окруженные воспалительным валом.

Ирригоскопия - отмечается снижение гаустрации, симптом «дымохода».

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больной?

Пациент Г., 57 лет, обратился с жалобами на постоянного характера тянущие боли умеренной интенсивности в правом мезогастрин, правой подвздошной области не связанные с приемом пищи, положением тела, актом дефекации. Периодически жидкий обильный стул с примесью крови, слизи до 5 раз в сутки чаще ночью.

Подобные жалобы беспокоят около 10 лет, обследовался амбулаторно – выставялись диагнозы «хронический токсико-метаболический панкреатит», МКБ, хронический калькулёзный простатит, остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением пояснично-крестцовой зоны и мышечно-тоническим синдромом данной локализации; СРК; астено-ипохондрический синдром, «дисбактериоз». Периодически принимает ферментные препараты, эубиотики, омник, сульпирид, спазмолитики. Соблюдает строгую диету.

Настоящее ухудшение последние 3-4 месяца, когда вышеописанные жалобы приобрели непрерывный характер. Повышенного питания, ИМТ-33 кг/м², положение активное, но имеет место ограничение движений в виде невозможности глубокого наклона вперёд и поворотов туловища в обе стороны – ограничивает боль и тугоподвижность в пояснице. Живот несколько вздут, мягкий, однако, при ориентировочной пальпации определяется некоторая мышечная защита в мезогастрин справа. Симптомы Кера, Менделя, Ортнера, Мюсси, Опеньховского, Поргеса – отрицательные. При глубокой методической пальпации кишечника отклонений от нормы не выявлено. Отмечена болезненность в верхней правой мочеточниковой точке. Асцита нет. Печень незначительно (+3-4 см) увеличена за счет левой доли, край её эластичный, ровный, безболезненный. Селезёнка не увеличена.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании определяются наружные спавшиеся геморроидальные узлы на 6 и 9 часах, сфинктер тоничен, на перчатке следы светло-коричневого кала, слизь. Дополнительных образований не пальпируется.

ОАК – лейкоциты – $11,3 \cdot 10^9/\text{л}$; ретикулоциты 17%, СОЭ – 64 мм/ч.

ОАМ – лейкоциты – 15-20 в п/зр.

Биохимия – АЛТ – 44ед/л, АСТ – 64 ед/л, ГГТП – 22ед/л, ЩФ – 189ед/л, СРБ – 98мг/л, фибриноген – 7,2г/л.

УЗИ органов брюшной полости, почек – диффузные изменения незначительно увеличенной печени с УЗ-картиной стеатоза, диффузные изменения поджелудочной железы. Микролиты обеих почек.

ЭГДС – поверхностный гастродуоденит, аксиальная хиатальная грыжа, недостаточность кардии, лимфангиоэктазия 12-перстной кишки.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.
3. На основании проведенных исследований поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Пациентка К., 54 лет, обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 37.8°C , учащение стула. При этом сначала стул был полуоформленный трижды в течение дня, а уже через сутки был представлен слизистыми выделениями в виде «плевков» без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 5 дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (амоксциллин по 1.0 х 2 раза в сутки), которые пациентка начала принимать самостоятельно по поводу сезонно обострившегося хронического бронхита. Пациентка присоединила антидиарейные препараты (лоперамид), дозу препарата регулировала самостоятельно, пытаясь ориентироваться на частоту дефекаций. К вечеру третьих суток состояние пациентки резко ухудшилось: стала нарастать слабость, температура тела повысилась до 38.3°C , находившиеся рядом с пациенткой родственники отметили снижение ее реакции на обращенную речь. Бригадой вызванной скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение многопрофильной городской больницы.

При поступлении в стационар отмечена умеренная приглушенность сознания пациентки: она с достаточным промежутком времени (до 1.5 минут) отвечала на обращенную к ней речь. Обращали на себя внимание выраженная сухость языка, который был интенсивно обложен белым налетом, сниженный тургор кожи и выраженная ее сухость. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, дыхание проводится симметрично и выслушивается над всей поверхностью легких, частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается систолический шум на верхушке сердца, без проведения и изменения силы и интенсивности при перемене положения тела, частота сердечных сокращений 96 в минуту с правильным ритмом, совпадающая с частотой пульса на лучевых артериях, пульс слабого наполнения. Артериальное давление измеренное в положении пациентки лежа 90/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в левых отделах, перитонеальных симптомов не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка перкуторно и при пальпации не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, однако, родственники пациентки отметили, что частота мочеиспусканий и количество выделенной мочи определенно стали меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились – малообъемные слизистые «плевки». Пациентка госпитализирована в диагностическое отделение.

Анализ крови клинический: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты $-5.34 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $-18.6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 45 мм/час, тромбоциты $-356 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: промиелоциты – 3%, метамиелоциты – 3%, п/я – 10%, с/я – 62%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ГГТП – 46 Ед/л, билирубин общий – 23.6 мкмоль/л, прямой – 7.6 мкмоль/л, непрямой – 16.0 мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевины – 6.8 ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л, холестерин – 4.8 ммоль/л, общий белок – 58 г/л, K^{+} - 2.9 ммоль/л, Na^{+} - 130 ммоль/л.

Проктосигмоскопия: отмечается выраженная отечность слизистой оболочки толстого кишечника на уровне прямой кишки, сигмовидной кишки и части нисходящей части поперечно-ободочной кишки. Просвет кишки на доступном визуализации участке заполнен слизистым содержимым. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки имеются белесовато-желтые бляшки в виде мембран диаметром от 0.5 до 1.2 см. Местами бляшки замещены поверхностным дефектом слизистой оболочки. Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Токсическая (?) энцефалопатия.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
2. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Больной В., 40 лет. При поступлении в отделение предъявлял жалобы на частый жидкий стул как в дневное, так и в ночное время, боли в животе, вздутие живота, урчание, ноющие боли в крупных и мелких суставах мигрирующего характера, повышение температуры до фебрильных цифр, которое сопровождается ознобом с последующими проливными потами, отеки голеней и стоп, похудание.

Из анамнеза известно, что 8 лет назад появились вышеописанные артралгии, сопровождались припухлостью суставов. При обследовании выявился лейкоцитоз и повышение СОЭ. Был установлен диагноз инфекционного полиартрита. Лечился, улучшения не отмечал. Через 5 лет появились отеки голеней и стоп, жидкий стул, повышение температуры до 39°C, сохранялась ускоренная СОЭ. Постепенно поносы участились, приобрели постоянный характер, отеки усилились вплоть до бедер, потерял в весе 13 кг, появилась анемия. Неоднократно лечился в стационарах с диагнозом: хронический энтероколит 3 степени тяжести. На фоне парентерального введения белковых препаратов и коррекции анемии отмечалось временное улучшение. Наблюдается в поликлинике по месту жительства у терапевта и гастроэнтеролога, получил 2 группу инвалидности. В последнее время ухудшилась память, нарушился сон. Учитывая боли в животе, поносы в дневное и ночное время, отеки нижних конечностей, похудание на 13 кг, лихорадку больной был вновь госпитализирован для уточнения диагноза и лечения.

Родился доношенным ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность: без особенностей. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. До потери трудоспособности работал на снегосплавильном пункте.

Состояние средней тяжести. ИМТ – 17,1 кг/м². Кожные покровы и видимы слизистые бледные. На коже визуализируются геморрагии. Тургор кожи снижен. Отеки стоп и голеней. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной конфигурации, при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул частый, жидкий, обильный, пенистый, светлый.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 55%, э – 3%, лимфоциты – 35%, моноциты – 5%, СОЭ – 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, холестерин – 4,9 ммоль/л, общий билирубин – 8,7 мкмоль/л, АСТ – 40,3 Ед/л, АЛТ – 39,5 Ед/л, ЩФ – 73,6 Ед/л, ГГТП – 42,0 Ед/л, калий – 3,8 ммоль/л, кальций – 1,5 ммоль/л, сывороточное железо – 5,5 мкмоль/л. Анализ мочи: уд. вес – 1017, белок – 0,65, лейкоц. – 1-2 в п/зр.

УЗИ брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка, тонкой и толстой кишок, колоноскопия: без патологии.

ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Хронический дуоденит. Биопсия из-за луковичного отдела ДПК и тощей кишки. При гистологическом исследовании выявлены комплексы PAS – положительных макрофагов, образующих конгломераты.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациента и оцените степень тяжести его состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больная К., 36 лет. При поступлении в отделение предъявляла жалобы на частый (до 11 раз в сутки), жидкий, водянистый стул, возникающий иногда в ночное время, вздутие и урчание в животе, отеки голеней и стоп, похудание на 10 кг за последние 6 месяцев, выпадение волос и сухость кожи, слабость, отсутствие menses в течение 2 лет.

Считает себя больной в течение 2 лет, когда стали отсутствовать menses. Постепенно появились периодические поносы, стала отмечать потерю в весе. Постепенно присоединилась слабость, начали выпадать волосы, ухудшилось зрение в сумеречное время. Из анамнеза известно, что родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены, в детстве переломы конечностей при незначительных травмах. Пять лет назад была выявлена язвенная болезнь луковицы ДПК, проходила лечение в стационаре, где впервые было выявлено снижение гемоглобина до 105 г/л и снижение общего белка до 58 г/л.

Состояние средней тяжести. ИМТ – $14,1 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тургор кожи снижен, кожа сухая, шелушится. Периферические л/у не увеличены. Отеки стоп и голеней до средней трети голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в 1 мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается «шум плеска» в илеоцекальной области. Печень выступает из-под края реберной

дуги на 2 см., край мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Стул 10-11 раз в день, жидкий, водянистый, без патологических примесей.

По данным клинического и биохимического анализов крови: гипохромная анемия, СОЭ 40 мм/час, протеинемия за счет гипоальбуминемии, незначительно выраженный цитолитический синдром, снижение уровня кальция и сывороточного железа.

Анализ кала: кал жидкий, светло-коричневый, без примеси крови и слизи; в кале определяется большое количество жирных кислот. Яйца простейших и яйца глистов не определяются. Суточное количество кала составляет 1300 г/сут.

УЗИ брюшной полости: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

ЭГДС: Недостаточность кардии. Хронический антральный гастрит. Умеренно выраженная рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Взята биопсия из дистального отдела ДПК. Гистологическое исследование: кишечные ворсины отсутствуют. Количество бокаловидных клеток в эпителии уменьшено. В поверхностном эпителии резко увеличено количество межэпителиальных лимфоцитов. Крипты глубокие. Собственная пластинка обильно инфильтрирована лимфоцитами.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Больная К., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки, артралгии в крупных суставах, судороги в нижних конечностях. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (артралгия, миалгия, хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад. Была осмотрена терапевтом и аллергологом, проведено аллергологическое обследование, которое выявило повышенную чувствительность к коровьему молоку, лактоальбумину, лактозе, пшенице, ржи, глиадину. Было рекомендовано соблюдение диеты, на фоне которой состояние существенно не изменилось.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая детская экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом. Год тому назад была подробно обследована перед приемом на работу и признана здоровой, дано разрешение работать в качестве тренера по теннису.

При тщательном сборе анамнеза было выяснено, что мать больной имеет похожие симптомы (хронические поносы).

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. На коже спины папулезно-везикулезная сыпь. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число

дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Данные дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови. Эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 0,08%, ЦП 0,71, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,3 \times 10^9/л$. Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я - 54%, Э. - 8%, Л. - 26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 100 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5-3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антиглиадиновые антитела, антитела к тканевой трансаминазе, эндомиозину, ретикулину и дезаминированным пептидам глиадина.

Клинический анализ мочи. Уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (-), билирубин (-).

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый, запах обычный. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены - нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно- лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Больная С., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита. Ухудшение состояния в течение 3 месяцев. Не курит, алкоголь не употребляет.

При осмотре: кожные покровы обычного цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены,

ритм правильный, ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л; эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 230×10^9 /л; лейкоциты $7,9 \times 10^9$ /л; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 17,9 мкмоль/л; прямой 4,2 мкмоль/л; непрямой-13,7 мкмоль/л, альбумин-38 г/л, АЛТ 248 ед/л; АСТ 142 ед/л; общий белок 50 г/л; альбумины 25 г/л; ЩФ 152 ед./л; ГГТП 59 ед./л; ПТИ 80%; фибриноген 3,7 г/л.

ИФА: a/b HCV-отриц., HBsAg полож., a/b Hbcor IgG –полож., a/b Hbcor IgM –отриц., HbeAg- полож., a/b HBs –отриц., a/b Hbe- отриц., a/b HDV-отриц.

Анализ крови: PCR HBV DNA полож. ($11,0 \times 10^9$ МЕ/мл). PCR HDV RNA-отриц. Анализ мочи и кала без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: Печень в размерах незначительно увеличена, структура диффузно неоднородна, поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена.

ЭГДС без особенностей.

Биопсия печени: гидропическая дистрофия гепатоцитов, лимфогистиоцитарная инфильтрация, «матовостекловидные» гепатоциты с бледноэозинофильной мелкозернистой цитоплазмой.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику ведения больного

Больной С., 47 лет, работает сантехником, поступил с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Со слов больного в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье, отметил пожелтение кожных покровов. Самостоятельно лекарственные средства не принимал. При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, эйфоричен, ориентирован, тест обратного счета выполнен. Кожные покровы и склеры иктеричные. Кожа сухая, лицо одутловатое, выраженная сосудистая сеть на лице, на туловище визуализируются единичные гематомы. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Контрактура Дюпюитрена. Пастозность нижних конечностей. Чувствительность нижних конечностей снижена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 105/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 17-15-10 см, плотная, поверхность гладкая, край острый, болезненная. В отлогих местах живота определяется притупление. Стул раз в 2-3 дня, оформленный, обычного цвета, без патологических примесей.

Клинический анализ крови: гемоглобин -97 г/л (117-130), эритроциты - $2,94 \times 10^{12}$ /л (3.8-5.13), гематокрит-53,4 % (34.9-45.6), средний объем эритроцитов-101 фл (82-98), ЦП- 1.15 (0.82-1.10), лейкоциты - 11.5×10^9 /л (4-10), тромбоциты - 152×10^9 /л (150-375), лейкоцитарная формула – п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-315 Ед/л (0-32), АСТ-507 Ед/л (5-34), ГГТП-1043 Ед/л (11-61), ЛДГ общ-647 Ед/л (225-450), билирубин общий-341.7 мкмоль/л (1.7-20.5),

билирубин прямой-204.4 мкмоль/л (0.86-5), ЩФ-324 Ед/л (64-306), альфа-амилаза-201 Ед/л (29-220), глюкоза-4.3 ммоль/л (3.8-6.1), мочевины-7.4 ммоль/л (2.5-8.3), креатинин-78 мкмоль/л (53-88), общий белок-65 г/л (65-85), альбумин-30 г/л (33-57), калий-3.5 ммоль/л (3.44-5.3), натрий-134 ммоль/л (130.5-156.6), протромбин по Квику-68 % (70-130).

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, конкременты желчного пузыря, дилатация воротной вены, асцит.

ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс

Вопросы:

1.Выделите основные клинические и лабораторные синдромы. 2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Назначьте дополнительные исследования.4.Определите тактику ведения больного.

Больной Л., 44 лет, разнорабочий, поступил в клинику с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 4 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Обострения бывают 3-4 раза в год.

Вредные привычки: в течение 10 лет злоупотребляет крепкими спиртными напитками (в основном водкой), в среднем от 80 до 200 мл чистого этанола в сутки. Питание недостаточное и неполноценное.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Рост - 77 см, вес - 54 кг, ИМТ - 17,2 кг/м². На коже груди и живота ярко-красные пятнышки, не исчезающие при надавливании. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС - 92 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Язык несколько сухой, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Определяется болезненность в зоне Шофара и точке Дежардена, положительный симптом Кача. Размеры печени по Курлову: 11×9×9 см, печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединноключичной линии на 1 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 6 %, сегментоядерные нейтрофилы - 70 %, эозинофилы - 0 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови:общий билирубин - 18,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 4,2 мкмоль/л, АСТ - 105 Ед/л, АЛТ - 47 Ед/л, γ -глутамилтранспептидаза - 150 Ед/л, амилаза - 280 Ед/л, ЩФ - 230 Ед/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л.

При УЗИ органов брюшной полости размеры печени увеличены за счет правой доли, контуры неровные, паренхима ее неоднородна, эхогенность печени повышена. Воротная вена не расширена (9 мм в диаметре). Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не утолщена, конкрементов не выявлено. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). На фоне усиления эхогенности поджелудочной железы отмечается увеличение размеров ее головки до 5 см. Выявлены участки кальцификации паренхимы поджелудочной железы и конкремент в главном панкреатическом протоке. Отмечается расширение главного панкреатического протока до 7 мм. Визуализация органов затруднена из-за вздутия кишечника.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

Вопросы:

1. Выделите клинические синдромы, имеющиеся у больного;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. Сформулируйте диагноз;
4. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза и какие данные можно получить с их помощью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больная А., 47 лет, на протяжении 5 лет отмечается кожный зуд, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога и гинеколога, без эффекта. За последний год похудела на 5 кг.

Предъявляет жалобы на кожный зуд, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах.

При объективном обследовании выявлены: субиктеричность склер, следы расчесов на коже туловища, в области лопаток темно-коричневая пигментация кожи, инъекция и отечность конъюнктивы глаз, незначительно выраженные явления сгибательной контрактуры межфаланговых суставов кистей в результате стягивания кожи, мышцы в этой области заметно гипотрофичны. Отмечается незначительное увеличение околоушных слюнных желез. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,64 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 119 г/л, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, тромбоциты – $160 \times 10^9/л$, СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 25 мкмоль/л, билирубин прямой – 16 мкмоль/л, холестерин 8,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 43%, АЛТ 72 ед/л, АСТ – 83 ед/л, щелочная фосфатаза – 560 ед/л, протромбиновый индекс – 100%.

ИФА: АМА - > 1:40, ANA - > 1:80.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Больной Х., 44 лет, при поступлении в клинику жаловался на плохой аппетит, слабость, ноющие боли в правом подреберье, вздутие живота, мучительный кожный зуд, усиливающийся к вечеру.

Болен около 4 лет: при случайном осмотре было обнаружено увеличение печени и селезенки. При лабораторном обследовании выявлено умеренное повышение трансаминаз и билирубина. В связи с чем был обследован. В течение последующих 3-х лет чувствовал себя удовлетворительно, затем периодически стала появляться слабость, снизился аппетит. Стал отмечать периодическое повышение температуры, желтушность кожи и склер. На протяжении последнего года появилась стойкая желтуха, диспептические расстройства и упорный кожный зуд.

При поступлении в клинику состояние средней тяжести. Питание понижено (вес 55 кг, рост 170 см.) Кожа и склеры желтушные, следы расчесов. В области плечевого пояса и на коже живота - сосудистые звездочки. Не резко выражена гинекомастия. В легких единичные незвонкие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 92 в минуту. А/Д - 110/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации определяется большая плотная печень, поверхность ее мелкобугристая, край заострен. Пальпация болезненна. Селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Во время пребывания в клинике состояние внезапно ухудшилось - появилась кровавая рвота, затем дегтеобразный кал. Больному проведена гемостатическая терапия. Для восполнения кровопотери однократно перелито 250 мл донорской крови. Однако на этом фоне произошло дальнейшее ухудшение состояния больного: усилилась боль в правом подреберье, наросла желтуха, появился печеночный запах изо рта. Прогрессивно наросли признаки печеночной энцефалопатии (усилилась сонливость, затем появилось сумеречное сознание и потеря ориентации), появилась гипермоторика, затем тремор верхних и нижних конечностей. На 2 день отмечалась полная потеря сознания, арефлексия, шумное дыхание, ЧД - 25 в 1 мин., тахикардия 120 в 1 мин. Гипотония (АД - 80/40 мм рт. ст.). Размеры печени несколько уменьшились.

Клинический анализ крови: гемоглобин- 90г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты- $3,2 \times 10^9$ /л. СОЭ - 6 мм/час. Тромбоциты 10×10^9 /л.

Биохимический анализ крови: Билирубин - 121 мкмоль/л (н. до 24), реакция прямая. Общий белок 46 г/л. Альбумины - 38% (н. 55 - 65), Фибриноген - 2,0 г/л (н. 3,5 - 4). Холестерин - 2,2 ммоль/л. (н. 3,5 - 5,5). Сахар крови 5,8 ммоль/л. (н. 4,5 - 5,5 ммоль/л.). Протромбиновый индекс - 40 %. АСТ - 300 ед/л (н. до 40) АЛТ - 400 ед/л (н. до 40). Холинэстераза - 80 ед/л (н. 160 - 340). Щелочная фосфатаза - 380 ед/л (норма 36 - 92). Мочевина 4 ммоль/л. (н. 8 - 12), остаточный азот 40 ммоль/л. (норма 14 - 21), аммиак 250 мкм/л (норма 11 - 88).

Иммунологическое исследование: выявлен HBsAg, повышено содержание IgG.

Анализ мочи: уд. вес - 1020. Следы белка. Уробилин и желчные пигменты ++.

УЗИ-органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, структура ее неоднородна по плотности, общий акустический фон ткани усилен. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без изменений. Контур поджелудочной железы ровные, размеры не увеличены. Селезенка увеличена в размерах, повышенной эхогенности. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена. В нижней трети пищевода гиперемия и отек слизистой, единичные поверхностные эрозии, кроме этого визуализируются утолщенные и извитые вены. Струйное кровотоечение из вен пищевода.

RRS: слизистая прямой кишки визуально не изменена. При исследовании выявляются расширенные и извитые вены геморроидального сплетения.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Пациент Ф., 37 лет, врач, при диспансерном обследовании выявил у себя повышенный уровень сывороточного железа.

Обратился за помощью к гастроэнтерологу.

При осмотре: гиперстенического телосложения (занимается тяжелой атлетикой), кожные покровы смуглые, сухие, чистые. По органам и системам без явных физикальных отклонений. При проведении лабораторных методов обследования выявлено: АЛТ – 73 ЕД/л, АСТ – 68 ЕД/л, железо – 59 мкмоль/л, ОЖСС – 7 мкмоль/л, ферритин – 1133 мкг/л, трансферин – 0,8 г/л.

Вопросы:

1. Выделите ведущий клинико-лабораторный синдром.
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинико-лабораторной картиной.
3. Какой микропрепарат представлен на картинке? Какая окраска?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
5. Какова лечебная тактика ведения больного?

Больной О., 64 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, похудание, снижение аппетита, тошноту, отрыжку, неустойчивый стул, увеличение живота.

Последние 3 года отмечает нарастание слабости и быструю утомляемость, потерю веса. С этого же времени беспокоит тупая боль в правом подреберье, усиливающаяся после еды и физического напряжения, метеоризм и склонность к поносам. В течение 6 месяцев наблюдается постепенное увеличение живота.

В настоящее время не работает. До наступления пенсионного возраста был разнорабочим в строительной организации. Со слов пациента, желтухой не болел. Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Питание не регулярное, ранее предпочитал острую и жирную пищу.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, склеры иктеричны. Обращает на себя внимание гиперемия ладоней и стоп. В нижних отделах легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 100 в минуту, АД - 100/80 мм.рт.ст. Язык малинового цвета со сглаженным сосочковым слоем. Живот резко увеличен в объеме. На латеральных поверхностях передней брюшной стенки видны утолщенные, извитые подкожные вены. Перкуторно в брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень и селезенку пальпировать не удается. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 80 г/л. Эритроциты - $2,7 \times 10^{12}$ /л. лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты 100×10^9 /л. СОЭ - 4 мм/час.

Биохимический анализ крови: Билирубин - 38 мкмоль/л. (норма до 24), реакция преимущественно прямая. Общий белок – 56 г/л. (норма 60 - 80 г/л). Альбумины 30%, Фибриноген - 2,5 г/л. (норма 4 - 6). Протромбиновый индекс - 36%. Холестерин 2 ммоль/л.

(норма 3,5 - 5,5). АСТ - 60 ЕД, АЛТ - 80 ЕД (норма до 40), ЛДГ- 220 МЕ (норма 109 - 195),

ЛДГ₅ - 22% (норма до 18%). Псевдохолинэстераза - 130 мкмоль/л (норма 160 - 340).

Щелочная фосфатаза - 80 МЕ (норма 36 - 92).

Иммунологическое исследование: HBs - Ag (-), анти-HCV сум. (-), анти-HAV IgM и IgG (-). УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, повышенной эхогенности, структура ее неоднородна. Усилен акустический фон портальных трактов. Диаметр v. portae увеличен. Желчный пузырь без особенностей. Контуры поджелудочной железы ровные, ткань повышенной плотности. Селезенка увеличена в размерах, эхогенность ткани повышена. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая его бледно-розовая, несколько атрофична. В нижней трети пищевода видны расширенные и извитые вены. Слизистая желудка и 12-перстной кишки атрофична.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Больной А., 51 года, обратился с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, снижение веса, бессонницу, а также кровоточивость десен, чувство тяжести и дискомфорта в верхних отделах живота. В анамнезе острый гепатит В (20 лет назад). Курит, алкоголь употребляет 1 раз в неделю, не более 200 мл водки.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, сосудистые звездочки, видимые слизистые и склеры субиктеричны. Гипотрофия мышц плечевого пояса, гинекомастия. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм. рт.ст. Язык малинового цвета с атрофичным сосочковым слоем, чистый. Живот увеличен в объеме, при пальпации притупление перкуторного звука в нижних отделах живота. В правом подреберье пальпируется увеличенная, выступающая на 6-7 см из-под рёберной дуги, печень. Край её закруглён, плотный, поверхность неровная. Также пальпируется увеличенная селезенка.

Пальпация живота безболезненная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул один раз в сутки оформленный, коричневого цвета.

Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л; эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 100×10^9 /л; лейкоциты $11,9 \times 10^9$ /л; СОЭ 60 мм/час

Биохимический анализ крови: билирубин общий 51,9 мкмоль/л; прямой 32,2 мкмоль/л; АЛТ 48 ед/л; АСТ 42 ед/л; калий 3,7 ммоль/л; общий белок 50 г/л; альбумины 25 г/л; ЩФ 452 ед./л; ГГТП 79 ед./л; ПТИ 77%; фибриноген 2,7 г/л; альфа-фетопротеин 567 МЕ/мл.

Клинический анализ мочи. Уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (+), билирубин (+).

Анализ кала без особенностей.

ИФА: HBsAg положительный, a/bHBcorIgG –положительные, HBeAg положительный, a/bHBs отрицательные, a/bHBe отрицательные.

ПЦР: HBV DNA положительная (5×10^7 копий/мл).

УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, неоднородность печёночной паренхимы, портальная вена – 13 мм, селезёночная вена – 7 мм. В правой доле определяется гипозоногенное округлое образование (20х30 мм.) с нечеткими контурами. Небольшое количество свободной жидкости.

ЭГДС: в нижней трети пищевода контурируются варикозно расширенные вены.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Больной А, 75 лет, доставлен в реанимационное отделение, минуя приемный покой.

«Скорая медицинская помощь» была вызвана родственниками, потому что у пациента возникли интенсивные боли в грудной клетке, от которых он кричал. Боли иррадиировали в грудной отдел позвоночника, к приезду «скорой» они распространились на живот.

Артериальное давление было 60/35 мм рт.ст., боли не снимались морфином.

В реанимации обращала на себя резкая бледность кожных покровов, холодный пот. ЧСС – 123 в мин, ритмичный, слабого наполнения, 50/30 мм рт.ст. В легких множество сухих хрипов. Над сердцем выслушивался протодиастолический шум аортальной регургитации. Живот мягкий, безболезненный. Отеков на нижних конечностях не выявлено.

Вопросы:

1. Каким видом патологии может объясняться такая клиническая картина?
2. Предложите классификацию данной патологии и предположите ее вид в соответствии с этой классификацией.
3. Почему выслушивался шум аортальной регургитации?
4. Почему в перикарде имеется выпот? Какой характер он скорее всего имеет?
5. Какие исследования необходимо провести, какова их чувствительность и специфичность при данной патологии?
6. Какое должно быть медицинское и/или хирургическое пособие при данной патологии?

Больной М., 26 лет. 3 года назад перенес «простудное заболевание» (повышение температуры до 37,8°C, озноб, миалгии, першение и боли в горле, заложенность носа, сухой кашель); лечился жаропонижающими, через 4 дня, после нормализации температуры приступил к занятиям. После этого периодически чувствует тянущие боли в спине, потемнение мочи, головную боль, с утра отмечает одутловатость лица.

При обращении к врачу – состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы бледные, сухие, пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. ЧД – 18 в 1 мин, ортопноэ нет. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 386×10^9 /л, лейкоциты – $5,1 \times 10^9$ /л (п – 2%, с – 68%, л – 28%, м – 2%), СОЭ – 34 мм/час. Ан. мочи: плотн. – 1015, р-ция – кислая, белок – 1,20 г/л, лейкоциты – 5 – 7 в п/зр., эритроциты – 50

– 60 в п/зр. Общий белок – 74 г/л, билирубин – 21.6 (прямой – 4.3) мкмоль/л, АСТ – 22 ед/л, АЛТ – 34 ед/л, ГГТ – 46 ед/л, мочевины – 7.4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л. ЭКГ и рентгенограмма органов грудной клетки – без признаков патологии

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Пациентка В., 33 лет; обратилась с жалобами на постоянные тянущие боли в пояснице, без четкой связи с изменением положения тела, общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, жажду, сухость кожи, кожный зуд. Также больную беспокоят поносы, периодически отмечает головные боли, преимущественно в затылочной области, несколько эпизодов окрашивания мочи в красно-бурый цвет. Данная симптоматика нарастает в течение последних 3-4х лет. За последние полгода похудела на 10 кг. Значительное ухудшение состояния в течение последнего месяца.

Из анамнеза известно, что подобная симптоматика отмечалась у матери пациентки, однако подробного обследования не проводилось. Мать пациентки умерла в возрасте 54 лет от ОНМК.

Объективно. Пониженного питания Рост 165 см вес 46кг, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пастозность коленей и стоп. Над легкими дыхание везикулярное хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой. ЧСС 73 АД 175/100 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю правой реберной дуги. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон Лабораторные и инструментальные исследования:

Анализ крови клинический: гемоглобин – 93 г/л, эритроциты -3.32×10^{12} /л, лейкоциты -7.6×10^9 /л, СОЭ – 20 мм/час, тромбоциты -260×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 4%, с/я – 63%, э-3%, б-3%, мон-5%, лим-22%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 34Ед/л, АСТ – 38Ед/л, ГГТП – 32Ед/л, билирубин общий – 14мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочеви́на – 42ммоль/л, креатинин – 670ммоль/л, холестерин – 5.8ммоль/л, общий белок – 54г/л, K^+ - 6,6ммоль/л, Na^+ - 140ммоль/л

Анализ мочи клинический: количество 200мл цвет с/жёлтый прозрачная, плотность 1016 глюкоза –abs белок следы лейкоциты –abs эритроциты 10-12 в п/з, цилиндры –abs 4.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования и расчеты необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Больной Б., 48 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженные отеки нижних конечностей и лица, одышку при доступной прежде повседневной нагрузке, слабость, тяжесть в правом подреберье.

Более 20 лет назад отметил периодические артралгии в мелких суставах кистей. Позже присоединились боли в шее, главным образом, при движении и ночью. Появилась утренняя скованность в позвоночнике, был поставлен диагноз болезни Бехтерева. Периодически получал нестероидные противовоспалительные препараты, лечебной физкультурой пренебрегал.

До поры до времени заболевание проявлялось только прогрессирующим нарушением осанки, на что в большей степени обращали внимание окружающие, но не сам пациент.

Обратил внимание на свое здоровье только около 3 лет назад, когда заметил одышку при привычной нагрузке (на работу ходит пешком через парк). Пациент: «Врачи ни в сердце, ни в легких ничего не нашли, сказали – занимайся физкультурой».

Около года назад появились периорбитальные отеки по утрам, которые к вечеру исчезали. Затем стали тесны любимые старые туфли, а за полгода до обращения заметил отеки лодыжек. Когда отеки достигли середины бедра, стало невозможным подобрать хоть сколько-нибудь приемлемую обувь, одышка и необъяснимая слабость заставляли остановиться несколько раз по дороге на работу, пациент обратился к врачу. Курит «изредка, за компанию». Алкоголь – «по субботам, как все». Аллергологического анамнеза нет. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Перенесенные заболевания: респираторные инфекции 2 - 3 раза в год.

Рост 165 см. Вес 66 кг. Кифоз, шейный гиперлордоз. Периферические суставы не изменены. Выраженные отеки нижних конечностей. ЧД 18, ЧСС 92 в минуту. АД 135/70 мм Нг. Мягкий диастолический шум во II межреберье справа от грудины. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

ЭКГ: синусовая тахикардия, R-pulmonale.

Вопросы:

1. Верен ли диагноз анкилозирующего спондилоартрита? Как подтвердить или опровергнуть?
2. Сколько болезней у данного больного? Являются ли одышка и отеки симптомами одной патологии?
3. Что нужно сделать для определения генеза отеков?

Пациентка Н., 27 лет, студентка, обратилась с жалобами на боли в поясничной области, частое болезненное мочеиспускание малыми порциями, повышение температуры тела до 39.0°C, общую слабость. Подобная симптоматика в течение последних двух недель, после переохлаждения. Дополнительно пациентка сообщает, что в возрасте 15 лет переболела циститом, а также в течение нескольких лет отмечает при прохождении периодического медицинского осмотра наличие бессимптомной лейкоцитурии, что подтверждено предоставленными результатами общего анализа мочи за последние несколько лет. Ранее детально по этому поводу не обследовалась.

При осмотре гиперемия кожных покровов. Отеков нижних конечностей нет. В легких усиленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 88 в минуту.

Лабораторные тесты: 1. Анализ крови клинический: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм/час, тромбоциты - 204×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я – 8%, с/я – 62%, э-1%, б-1%, мон-8%, лим-20%. Биохимический анализ крови: АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 17 Ед/л, билирубин общий – 16 мкмоль/л, прямой – 3.6 мкмоль/л, непрямой – 13.6 мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевины – 4.3 ммоль/л, креатинин – 72,6 мкмоль/л, холестерин – 4.8 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, К⁺ - 4.6 ммоль/л, Na⁺ - 140 ммоль/л. 3. Анализ мочи общий: Цвет – соломенно-желтый; прозрачность - неполная; удельный вес - 1009; реакция - кислая; белок - 0,130%; лейкоциты - в большом количестве; плоские клетки - ед. в п.з; слизь - +; фосфаты - +.

Инструментальные исследования:

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично. Контуры ровные четкие. Подвижность почек нормальная. Размеры правой почки - 96×45×31 мм. Размеры левой почки - 98×44×30 мм. Чашечно-лоханочный комплекс справа и слева: чашечки расширены до 12,71 мм, лоханка не расширена, стенки уплотнены.

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния;
2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной;
3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию;
4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?
6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Больной В., 36 лет, считает себя больным около 3х месяцев, когда в правой паховой области у него появился увеличенный лимфоузел размерами с грецкий орех (3 см в диаметре). Узел увеличивался, и на момент обращения к врачу размер его достигал 10х15см. Из анамнеза известно, что у пациента нетрадиционная сексуальная ориентация.

При осмотре – состояние удовлетворительное, все периферические лимфоузлы не увеличены. Селезенка и печень не увеличены. Опухолевый узел плотно-эластической консистенции, «вколоченный» в паховую область. Кожа над лимфоузлом напряжена и не смещается.

По данным УЗИ органов брюшной полости печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12 мм. Селезенка увеличена, 10х6 см, однородная, селезеночная вена 6 мм. По ходу правых подвздошных сосудов отмечаются увеличенные гипоехогенные лимфоузлы размерами до 4 см. Проведена пункция лимфоузла: цитологическая картина характеризуется как «звездное небо» - на фоне огромного числа малых лимфоцитов располагаются гигантские апластичные опухолевые клетки.

Анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $4,70 \times 10^{12}/л$, гематокрит 36 %, цветовой показатель 1, тромбоциты $210,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$.

Миелограмма: клеточность костного мозга $140 \times 10^{12}/л$, бласты 2%, гранулоцитарный ряд 52%, лимфоидный ряд 20%, моноцитарный ряд 8%, эритроидный ряд 17%

Биохимия крови: общий белок 64 г/л, альбумин 36 г/л, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 3560 ЕД/л, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному?

Больной Д., 45 лет, считает себя больным около шести месяцев, когда стал ощущать постоянную заложенность носа и затруднение дыхания через нос.

При осмотре – состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы одной стороны увеличены до 3 см на шее. Селезенка и печень не увеличены.

По данным УЗИ печень не увеличена, диффузно неоднородна. Воротная вена 12мм. Селезенка увеличена - 12х6 см, в нижнем полюсе селезенки имеется гиповаскулярный очаг, селезеночная вена 6мм. Проведена пункция лимфоузла. Цитологическая картина

характеризуется как тотальный пунктат из малых лимфоцитов. При ларингоскопии было обнаружено кольцевое поражение кольца Пирогова-Вальдеера.

Анализ крови: Гемоглобин 120 г/л, Эритроциты $4,70 \times 10^{12}/л$, Гематокрит 36 %, Цветовой показатель 1, Тромбоциты $210,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$.

Миелограмма: Клеточность костного мозга $140 \times 10^{12}/л$, Бласти 2%, Гранулоцитарный ряд 52%, Лимфоидный ряд 20%, Моноцитарный ряд 8%, Эритроидный ряд 17%

Биохимия крови: Общий белок 64 г/л, Альбумин 36 г/л, Мочевина 6 ммоль/л, Креатинин 77 мкмоль/л, ЛДГ 1560 ЕД/л, Щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, АЛТ 34 ЕД/л, ГГТП 110 ЕД/л. Проведена биопсия лимфоузла: в лимфоузле имеется разрастание мелких лимфоцитов со стиранием рисунка лимфатического узла. Проведена ИГХ: все лимфоидные клетки тотально экспрессируют маркеры CD 20 + CD 19+ и циклин D1

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще органы необходимо проверить на предмет поражения?
3. Стадия заболевания.
4. Какой комплекс обследований необходимо провести больному?
5. Какой алгоритм проведения лечения необходим больному?

ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ

1. Сбор жалоб, анамнеза, составление плана обследования.
2. Физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
3. Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.
4. Формулировка и обоснование предварительного синдромального диагноза.
5. Разработка и обоснование плана обследования.
6. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов лабораторных методов обследования.
7. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов функциональных методов обследования:
 - спирометрии;
 - бодиплетизмографии;
 - мониторирования АД и ЭКГ по Холтеру;
 - нагрузочных проб.
8. Показания, противопоказания, диагностическая ценность, методика проведения и оценка результатов инструментальных методов обследования:
 - ЭКГ;
 - ультразвукографии;
 - радиоизотопных методов исследования;
 - рентгенографии;
 - компьютерной томографии;
 - магнитно-резонансной томографии;
 - позитронно-эмиссионной томографии;
 - ангиографии.
9. Проведение дифференциального диагноза.
10. Составление плана лечения и ведения пациента.
11. Проведение лечебных и диагностических процедур:
 - подкожные и внутримышечные инъекции;

- нутривенные вливания (струйные, капельные);
- взятие крови из вены;
- определение группы крови, резус-фактора;
- переливание крови и ее компонентов;
- промывание желудка через зонд;
- дуоденальное зондирование;
- стеральная пункция;
- трепанобиопсия;
- сердечно-легочная реанимация;
- электроимпульсная терапия;
- передняя тампонада носа;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- туберкулиновые пробы;
- мониторинг в условиях отделения интенсивной терапии.

12. Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:

- острая сердечная недостаточность;
- обморок;
- гипертонический криз;
- острая боль в грудной клетке;
- острый живот;
- инфаркт миокарда;
- отек легких;
- аритмии;
- ТЭЛА;
- острая дыхательная недостаточность;
- астматический статус,
- легочное кровотечение;
- спонтанный пневмоторакс,
- острая артериальная непроходимость;
- шоки,
- почечная колика;
- комы;
- острые аллергические реакции;
- -ОНМК;
- дегидратация;
- психомоторное возбуждение,
- острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения
- прободная язва желудка и 12-перстной кишки
- тромбоз мезентериальных сосудов
- печеночная кома;
- гипертиреозидный криз,
- гипотиреозидная кома;
- острая надпочечниковая недостаточность.

13. Определение признаков клинической и биологической смерти пациента.

14. Проведение медико-социальной экспертизы.

15. Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.

16. Заполнение и ведение медицинской документации в стационаре и поликлинике.
17. Участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности.
18. Организация диспансеризации, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.