

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Г.И. Свиридова
«27» _____ 2024 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета Института
НМФО
№ 18 от «27» _____ 2024 г.



Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.49 Терапия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-терапевт**

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная версия)

Форма обучения – очная

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Е.В.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, протокол №4 от 20.05.2024

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор

С. В. Недогода

Рецензент: заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор М.Е. Стаценко

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 12 от 27.06.2024

Председатель УМК

М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от 27.06.2024

Секретарь Ученого совета

М.В. Кабытова

Тестовые задания для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия

1. Больная 68 лет в течение нескольких месяцев отмечает увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. Самочувствие удовлетворительное. Анализ крови: Hb - 100 г/л, эритроциты - 3,5 млн/мл, лейкоц. - 17,6 тыс/мл, из них 60% лимфоцитов. Вероятный диагноз:

- хронический лимфолейкоз**
- лимфогранулематоз
- острый лимфолейкоз
- лимфосаркома
- инфекционный мононуклеоз

2. Опухолевые клетки при лимфогранулематозе называются:

- клетки Березовского-Рид-Штенберга**
- мегалобласты
- клетки Штенгеймера-Мальбина
- клетки Боткина-Гумпрехта
- тельца Жолли

3. Характерный признак апластической анемии:

- панцитопения**
- гипохромия эритроцитов
- анизо-и пойкилоцитоз
- макроцитоз эритроцитов
- повышение уровня железа в сыворотке крови

5. Характерный признак повышенного гемолиза:

- высокий ретикулоцитоз**
- гипохромная анемия
- увеличение прямого билирубина
- ненасыщенный цвет мочи
- желтуха с зудом

6. Эритроцитоз наблюдается при:

- врожденных пороках сердца**
- гипернефроидном раке**
- полицитемии (болезни Вакеза)**
- болезни органов дыхания**
- язвенной болезни 12-п. кишки

7. Жалобы на парестезии в стопах и неустойчивость походки при В12-дефицитной анемии обусловлены:

- фуникулярным миелозом**
- гипокалиемией
- алкогольной энцефалопатией
- остаточными явлениями нарушения мозгового кровообращения

ангиопатией артерий нижних конечностей

8. Клетки Боткина-Гумпрехта могут быть обнаружены при:

хроническом лимфолейкозе
остром миелобластном лейкозе
хроническом миелолейкозе
миеломной болезни
мегалобластной анемии

9. Больной 69 лет, жалобы на боли в области грудины, усиливающиеся при надавливании, в области крестца и поясницы. В анализах крови: Hb - 68 г/л, лейкоциты - 4,7 тыс/мл, СОЭ - 70 мм/час, общий белок плазмы крови - 98 г/л, мочевины - 20,2 ммоль/л, креатинин - 240 мкмоль/л. В анализе мочи: уд.вес - 1020, белок - 7 г/л, в осадке единичные лейкоциты.

Диагноз:

миеломная болезнь
хроническая почечная недостаточность
деформирующий остеохондроз
рак простаты с метастазами в кости
амилоидоз почек

10. У женщины 42 лет с фибромиомой матки и меноррагиями обнаружена анемия: Hb - 80 г/л, гипохромия и микроцитоз эритроцитов. Наиболее вероятна анемия:

железодефицитная
В12-дефицитная
серповидно-клеточная
апластическая
наследственный сфероцитоз

11. Больной 29 лет, жалобы на боли в эпигастрии, слабость, утомляемость. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки, кожные покровы бледные, болезненность в эпигастрии, печень и селезенка не пальпируются. В крови: Hb - 90 г/л, эритроцитов - 3,5 млн, MCV - 0,65, тромбоциты - 195 тыс, в остальном без особенностей. Общий билирубин - 12 мкмоль/л, железо - 2,5 мкмоль/л. Наиболее вероятна анемия:

хроническая железодефицитная постгеморрагическая
апластическая
гемолитическая
острая постгеморрагическая
В12-дефицитная

12. Больной, 44 года, в течение месяца беспокоит слабость, температура до 37,8С, лечился антибиотиками без эффекта. Бледность кожных покровов, в остальном без особенностей. В общем анализе крови: Hb - 90 г/л, эр. - 3,0 млн, лейкоц. - 30,3 тыс., СОЭ - 40 мм/час., тромбоцитов - 100 тыс. Наиболее важно для уточнения диагноза проведение:

стеральной пункции
определения уровня сывороточного железа в крови
ФГДС
анализа кала на скрытую кровь

12. Характерно для апластической анемии:

снижение кроветворения в костном мозге
сохранение клеточного состава костного мозга
наличие признаков гемобластоза
повышение уровня сывороточного железа
мегалобластический тип кроветворения

13. Больному с пернициозной анемией необходимо назначить:

витамин В12 внутримышечно
гемотрансфузии
витамин В12 внутрь
фолиевую кислоту
препараты железа

14. Больная 18 лет, жалуется на слабость, утомляемость. Гинекологический анамнез: менструации с 10 лет, обильные по 5-6 дней. В общем анализе крови: Hb - 85 г/л, эр. - 3,8 млн, MCV - 0,61, железо сыворотки - 4 мкмоль/л, лейкоц. - 6 тыс, формула без особенностей. Наиболее показано назначение:

ферроплекса
витамина В12
пиридоксина
витамина С

15. Для всасывания витамина В12 необходимо:

гастромукопротеин
соляная кислота
гастрин
пепсин
фолиевая кислота

16. Для железодефицитной анемии характерно:

гипохромия и микроцитоз эритроцитов
накопление железа в печени
высокий уровень ферритина в крови
мегалобластоз костного мозга

17. Железо в плазме связывается с:

трансферрином
транскортином
гемосидерином
протопорфирином

18. Пределы нормальных колебаний лейкоцитов в ОАК:

4-8,8
3,5-10
6-8
5-9

19. Пределы нормальных колебаний лимфоцитов в ОАК:

18-40

11-39

20-50

20. Пределы нормальных колебаний тромбоцитов в ОАК:

180 - 320

110 - 300

250 - 500

21. Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:

портокавальных, кава-кавальных анастомозов

паренхиматозной желтухи

цитолитического синдрома

холестатического синдрома

22. У больного с активным первичным билиарным циррозом печени ухудшилось состояние: стала нарастать желтуха, появилась спутанность сознания, сонливость, сладковатый запах изо рта, через сутки больной потерял сознание, присоединились арефлексия, дыхание Куссмауля, что вероятно вызвано:

печеночной комой

желудочно-кишечным кровотечением

портальной гипертензией

холестазом

23. Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:

холестаз

портальная гипертензия

печеночная недостаточность

астенический синдром

диспепсический синдром

24. Наиболее рациональная схема лечения аутоиммунного гепатита включает:

глюкокортикоиды и липоевую кислоту

глюкокортикоиды и азатиоприн

адеметионитин и L-аргинин

эссенциале и адеметионин

25. Для синдрома цитолиза, развивающегося при острых повреждениях печени, характерно:

повышение уровня АСТ, АЛТ, ЛДГ

изменение белково-осадочных проб

повышение уровня ЩФ

снижение уровня протромбина

положительная проба Кумбса

26. При "угрозе" развития печеночной комы в диете следует ограничить:

белки

минеральные соли
жидкость
углеводы
жиры

27. Основным методом для диагностики калькулезного холецистита служит:

УЗИ
ЭГДС
ретроградная панкреатохолангиография
КТ/МРТ брюшной полости
диагностическая лапароскопия

28. Высокий уровень амилазы сыворотки крови характерен для:

острого панкреатита
внематочной беременности
разрыва панкреатической кисты
инфекционного паротита
хронической сердечной недостаточности

29. Характерные для панкреатита жалобы:

опоясывающая боль в верхней трети живота
боль в левом подреберье с иррадиацией в спину
кашицеобразный стул
снижение или отсутствие аппетита
рвота, приносящая облегчение

30. Наиболее характерный симптом неспецифического язвенного колита:

частый жидкий стул с примесью крови
жидкий стул
узловая эритема
артралгии
разлитая боль в животе

31. Больная 23 лет обратилась по поводу периодических сердцебиений, дыхательного дискомфорта, выражающегося в ощущении неполноты вдоха, приступов коликообразных болей в животе, сопровождающихся частым жидким стулом с большим содержанием слизи. Как правило эти "приступы" провоцируются психоэмоциональным стрессом. При осмотре: пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Другой патологии не выявлено. Ректороманоскопия без особенностей. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния:

синдром раздраженного кишечника
амебиаз
болезнь Крона
неспецифический язвенный колит
хронический панкреатит

32. У больного, длительно страдающего язвенной болезнью желудка, во время одного из обострений появились жалобы на отрыжку "тухлым" яйцом, рвоту накануне принятой пищей, что по-видимому обусловлено осложнением язвенной болезни:

стенозом привратника

малигнизацией

перфорацией

пенетрацией

кровотечением

33. Стрессовая язва желудка чаще проявляется:

кровотечением

малигнизацией

перфорацией

пенетрацией

демпинг-синдромом

34. Домперидон относится к группе препаратов:

прокинетиков

холинолитиков

блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов

ингибиторов протонной помпы

антацидов

35. Для подавления синдрома уклонения ферментов поджелудочной железы в крови используются:

октреотид

панкреатин

гастроцепин

церукал

сульфасалазин

36. Триада клинических признаков: спленомегалия, гепатомегалия и мелена позволяют заподозрить:

кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

язву желудка, осложненную желудочным кровотечением

язву 12-и перстной кишки, осложненную кровотечением

тромбоз мезентериальной артерии

язвенный колит

37. Наиболее часто проявляется дисфагией рак желудка, локализующийся в:

в кардии

теле желудка

области дна желудка

пилорическом отделе

по большой кривизне

38. К факторам риска рака желудка относятся:

Мужской пол

Курение
Инфекция хеликобактер пилори
Атрофический гастрит
Синдром Золлингера-Эллисона

39. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает метод:
гистологического исследования биоптата, полученного при хромогастроскопии
рентгенографии желудка
гастроскопии
поиска "малых признаков"
обзорной рентгенографии желудка
40. К предраковым состояниям желудка относятся:
дисплазия слизистой желудка высокой степени
хронический неатрофический гастрит
язвенная болезнь 12-перстной кишки
тонкокишечная метаплазия
41. Наиболее частой гистологической формой злокачественной опухоли желудка является:
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак
саркома
42. Метастаз Вирхова локализуется в области:
между ножками кивательной мышцы
печени
прямокишечно-пузырной складки
в яичниках
в легких
43. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:
контрастное рентгеновское исследование
УЗИ
эзофагоскопия
радионуклидное исследование
компьютерная томография
44. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:
дисфагия
похудание
боль за грудиной и в спине
срыгивание застойным содержимым
усиленное слюноотделение
45. Боль в нижней трети грудины, уменьшающаяся при переходе больного от горизонтального положения в вертикальное, свидетельствует в пользу:

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

острого инфаркта миокарда

ТЭЛА

базального плеврита

пролапса митрального клапана

46. Тромбоцитопатию характеризует:

нормальное число тромбоцитов, но увеличенное время кровотечения

уменьшенное число тромбоцитов, но увеличенное время кровотечения

увеличенное число тромбоцитов, но замедленное время кровотечения

нормальное число тромбоцитов и нормальное время кровотечения

47. Наиболее частая причина индуцированной лекарствами дисфункции тромбоцитов - прием:

аспирин

туберкулостатиков

цефалоспоринов

фторхинолонов

защищенных" пенициллинов

левомицетина

48. Аспирин вызывает тромбоцитопатию путем:

воздействия на синтез тромбосана A2

воздействия на синтез протромбина

воздействия на сосудистое звено коагуляции

угнетения тромбоцитопоза

49. Гематомный тип кровоизлияний характерен исключительно для:

гемофилии А

болезни Рандю-Ослера

тромбастении Гланцмана

болезни (синдрома) Верльгофа

болезни Виллебранда-Юргенса

50. Высокоинформативным диагностическим критерием хронического панкреатита при УЗИ является:

кальцинаты ткани поджелудочной железы

диффузное равномерное повышение эхоплотности поджелудочной железы

преходящее расширение вирсунгова протока

увеличение сагиттального размера головки поджелудочной железы до 30 мм

51. Течение желчнокаменной болезни при беременности:

ухудшается

улучшается

не изменяется

52. Лихорадка, желтуха, лейкоцитоз, повышение в крови непрямого билирубина характерны для:

гемолитического криза

холангита

вирусного гепатита

53. Лихорадка, боль в правом подреберье, бронхоспазм, артралгии, эозинофилия наиболее характерны для:

острого описторхоза

ЖКБ

вирусного гепатита

54. Повышение уровня панкреатической эластазы в крови является признаком:

уклонения ферментов в кровь при обструкции вирсунгова протока

внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы

тотального панкреонекроза

55. К факторам риска колоректального рака относится:

аденоматозный полип кишечника у близкого родственника

длительные запоры

синдром раздраженного кишечника

дивертикулез кишечника

56. К симптомам тревоги при дифференциальной диагностике органических и функциональных кишечных расстройств относится:

ночная диарея

рецидивирующие боли в животе

слизь в кале

длительное течение заболевания

57. Критерием дисфункции сфинктера Одди не является:

гипертермия

билиарная боль

пребывающее повышение активности трансаминаз в крови выше двух норм

пребывающее повышение уровня ГГТП и ЩФ в крови выше двух норм

пребывающее повышение активности панкреатических ферментов в крови выше двух норм

норм

58. При приступе боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:

ЭКГ

зондирование желудка

рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта

гастродуоденоскопии

59. Наиболее вероятной причиной атонии кишечника при остром инфаркте миокарда может быть введение:

морфина

лидокаина

гепарина
нитроглицерина
норадреналина

60. Основная цель эрадикационной терапии при язвенной болезни:

Снижение частоты рецидивов

Снижение секреции соляной кислоты

Уменьшение болевого синдрома

Ускорение рубцевания язвы

61. Пищевод выстлан:

многослойным плоским эпителием

цилиндрическим эпителием желудка

мерцательным эпителием

цилиндрическим эпителием пищевода

62. У молодой женщины 18 лет после эмоционального стресса появилась дисфагия на жидкую пищу контрастной температуры, плотная пища проходила хорошо. Дисфагия появлялась в дальнейшем при волнениях, усталости. Аппетит сохранен, в весе не теряла. Физикальное исследование патологии не выявило. Наиболее вероятной причиной дисфагии является:

Идиопатическая гиперкинезия пищевода

Недостаточность нижнего пищеводного сфинктера

Рак пищевода

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

63. Стандартная продолжительность курса лечения эрозивного рефлюкс-эзофагита с циркулярным повреждением слизистой пищевода:

минимум 8 недель

1-2 недели

3-4 недели

64. При какой патологии пищевода наблюдается постоянная дисфагия при приеме как твердой, так и жидкой пищи:

рак пищевода

ахалазия кардии

диффузный спазм пищевода

пищевод Барретта

65. Диагноз пищевода Барретта должен быть установлен:

при гистологическом исследовании биоптата слизистой пищевода

клинически

при эндоскопическом осмотре

при рентгеноскопии пищевода

66. Повышение конъюгированного билирубина наблюдается при:

паренхиматозной желтухе

гемолитической желтухе

синдроме Жильбера
синдроме Криглера-Найяра

67. Для какого из перечисленных синдромов характерны кожный зуд, повышение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы и холестерина:

синдрома холестаза
гемолитической желтухи
синдрома Жильбера
паренхиматозной желтухи

68. К ведущим клиническим проявлениям хронического миелолейкоза не относится:

лимфоаденопатия
гепатоспленомегалия
интоксикационный синдром
геморрагический синдром

69. С первичным склерозирующим холангитом чаще ассоциируются:

хронические воспалительные заболевания кишечника
язвенная болезнь
желчно-каменная болезнь
хронический панкреатит

70. При лечебном голодании и гипокалорийных диетах литогенность желчи и риск камнеобразования в желчевыводящих путях:

повышается
понижается
не изменяется

71. У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину, можно предположить:

пенетрацию
стеноз привратника
малигнизацию
перфорацию
демпинг-синдром

72. На прием обратился больной с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натощак. Этот симптом типичен для:

язвенной болезни 12-перстной кишки
хронического гастрита
язвенной болезни желудка
холецистита
панкреатита

73. Клинические проявления пилоростеноза:

рвота, приносящая облегчение
истощение и обезвоживание
тетания

шум "плеска"

диарея

74. Препарат выбора при лечении дисфункции сфинктера Одди:

пинавериум бромид

урсодезоксихолевая кислота

октреотид

рабепразол

креон

75. Рецидивирующие схваткообразные боли в животе с выделением слизи при дефекации и неизменной слизистой оболочке кишечника характерны для:

синдрома раздраженного кишечника

неспецифического язвенного колита

болезни Крона

хронического панкреатита

76. Наиболее характерные клинические симптомы холангита:

фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз

боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота

приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появление

обесцвеченного кала, темной мочи

кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос

тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью

77. Критерием эффективности заместительной терапии при внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы является:

нормализация массы тела при исходном ее дефиците

снижение избыточной массы тела

купирование диспепсии

купирование болевого синдрома

купирование гипергликемии

78. У женщины 45 лет чередование поносов и запоров, вздутие живота, ощущение приливов, боли в животе при акте дефекации, отсутствие менструаций. Кал с примесью слизи. Замкнута, депрессивна. Живот мягкий, чувствительный по ходу толстого кишечника. Полное клинико-лабораторное исследование патологии не выявило. Диагноз:

синдром раздраженного кишечника

хронический панкреатит

неспецифический язвенный колит

болезнь Крона

амебиаз

79. Хроническая диарея в сочетании с болями в животе, парапроктитом и наличием воспалительного инфильтрата в брюшной полости характерны для:

болезни Крона

хронического панкреатита

язвенного колита

рака толстой кишки

80. Женщина 35 лет. Предъявляет жалобы на кожный зуд. Больна в течение 3 лет. При обследовании выявлена плотная увеличенная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 10см. Билирубин - 96 мкмоль/л, прямой - 80 мкмоль/л, ЩФ повышена в 6 раз, АЛТ - 2 нормы. Предположительный диагноз:

билиарный цирроз печени

портальный цирроз печени

хронический активный гепатит

гемолитическая желтуха

острый вирусный гепатит

81. Решающим в постановке диагноза цирроза печени является:

гистологическое исследование печени

выявление в сыворотке крови австралийского антигена

периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье,

умеренная гепатомегалия

вирусный гепатит в анамнезе

выявление в крови а-фетопротеина

82. Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при:

гепатите

наследственном сфероцитозе

синдроме Жильбера

аутоиммунной гемолитической анемии

83. Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:

синдрома портальной гипертензии

цитолитического синдрома

холестатического синдрома

синдрома холемии

паренхиматозной желтухи

84. Для длительного применения при запорах можно рекомендовать:

лактозу

препараты сенны

пикосульфат натрия

бисакодил

85. Форма кала 1 типа по Бристольской шкале:

сухой фрагментированный кал в виде комочков

совершенно жидкий кал

мягкий колбасовидный кал

слизистые жгуты и ленты

86. При неспецифическом язвенном колите системные кортикостероиды не рекомендуется использовать:

с целью поддержания ремиссии

при острой тяжелой форме
местно (ректально)
в комбинации с препаратами 5-аминосалициловой кислоты
при системных проявлениях

87. Мужчина 31 года заболел остро. 5 дней назад появились ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота, анорексия, отрыжка воздухом. Злоупотреблял алкоголем. При обследовании выявлено снижение массы тела, тремор рук, субиктеричность склер, телеангиэктазии. Печень увеличена на 3см. Край плотный.

Вероятный диагноз:

острый алкогольный гепатит
острый вирусный гепатит
калькулезный холецистит
медикаментозный гепатит
рак печени

88. Кальцификация ткани поджелудочной железы наиболее характерна для:

алкогольного панкреатита
билиогенного панкреатита
обструктивного панкреатита

89. Биохимическая активность хронического гепатита характеризуется повышением содержания в крови:

аминотрансфераз
щелочной фосфатазы
гамма-глутамилтранспептидазы
холестерина
протромбина

90. Основные симптомы портальной гипертензии:

образование коллатералей
кровотечение из вен пищевода, геморроидальных вен
асцит
спленомегалия
повышенное АД

91. К проявлениям синдрома диспепсии не относится:

похудание
чувство тяжести в эпигастральной области
снижение аппетита
раннее насыщение
эпигастральная боль

92. Признаком активности хронического гастрита при гистологическом исследовании является:

инфильтрация нейтрофилами
инфильтрация лимфоцитами
уменьшение количества желез

наличие пилорического хеликобактера

наличие бокаловидных клеток

93. Контроль эффективности эрадикационной терапии пилорического хеликобактера проводится:

через 6 - 8 недель после эрадикационной терапии

сразу после курса эрадикационной терапии

через неделю после курса эрадикационной терапии

через 2 недели после эрадикационной терапии

94. Для эрадикации хеликобактерной инфекции не используется:

амоксициллин/клавуланат

де-нол

кларитромицин

амоксициллин

левофлоксацин

95. При целиакии из диеты исключаются:

макаронны

цельное молоко

яйца

соя

96. Хеликобактер пилори наиболее часто резистентен к:

метронидазолу

амоксициллину

коллоидному висмуту

тетрациклину

кларитромицину

97. Исключает обтурацию общего желчного протока:

интенсивно окрашенный кал

внезапно возникшая боль в правом подреберье

появление желтухи

обесцвеченный кал

темная моча

98. При желудочно-кишечном кровотечении эндоскопическое исследование:

показано в экстренном порядке

противопоказано

показано только после остановки кровотечения

показано только после рентгенологического исследования

99. К морфологическим вариантам хронического панкреатита не относится:

микронодулярный

обструктивный

кальцифицирующий

фиброзно-склеротический

кистозный

100. Ведущим клиническим проявлением хронической абдоминальной ишемии является:

боль в животе после приема пищи

повышение массы тела

сахарный диабет

механическая желтуха

изжога

101. Наиболее информативный тест для диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы:

эластаза кала

диастаза мочи

амилаза крови

гипергликемия

гиперкальциемия

102. Псевдомембранозный колит является:

осложнением антибактериальной терапии

осложнением противоопухолевой терапии

проявлением болезни Крона

следствием хронической абдоминальной ишемии

103. Характерным для НПВС-ассоциированной гастропатии является:

манифестация желудочным кровотечением

выраженный болевой синдром

малигнизация

изжога

104. Антигипертензивные препараты, назначение которых следует избегать при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни:

антагонисты кальция

бета-блокаторы

диуретики

ингибиторы АПФ

105. Основным клиническим проявлением рака правой половины ободочной кишки является:

железодефицитная анемия

болевого синдром

кишечная непроходимость

алая кровь в кале

106. В патогенезе сахарного диабета 2 типа имеет значение

инсулинорезистентность, дисфункция β -клеток

аутоиммунная деструкция β -клеток

абсолютный дефицит инсулина

вирусная инфекция

107. Нефросклеротическая стадия диабетической нефропатии характеризуется
- отеками**
 - гипертензией**
 - нарушением азотовыделительной функции почек**
 - эритроцитурией**
 - повышением кортизола
108. Гипогликемические состояния способствуют:
- развитию инфаркта миокарда**
 - развитию гепатитов
 - прогрессии артериальной гипертензии
 - развитию инсулинорезистентности
109. Механизм сахароснижающего действия препаратов сульфанилмочевины включает:
- стимуляцию секреции инсулина β -клетками**
 - увеличение числа тканевых рецепторов инсулина
 - подавление продукции глюкагона
 - уменьшение чувствительности к эндогенному инсулину
 - уменьшение абсорбции глюкозы в кишечнике
110. Особенностью течения инфаркта миокарда при сахарном диабете являются:
- возникновение распространенных инфарктов**
 - сердечная недостаточность**
 - частые тромбоэмболические осложнения**
 - нетипичный болевой синдром**
111. Лечение больных диабетом с инфарктом миокарда предусматривает:
- отмену метформина, глибенкламида**
 - инсулинотерапию инсулинами короткого действия
 - ограничение назначения кардиоселективных β -блокаторов
 - отмену диabetона МВ и амарила
112. Для гипогликемической комы характерно:
- быстрое развитие комы**
 - высокий уровень сахара крови
 - запах ацетона
 - шумное дыхание
 - сухость кожных покровов
113. При диабетическом кетоацидозе инфузионную терапию начинают с внутривенного введения:
- физиологического раствора хлорида натрия**
 - 5% раствора глюкозы
 - гипотонического (0,45%) раствора хлорида натрия
 - реополиглюкина
 - бикарбоната натрия

114. Основными биохимическими нарушениями при гиперосмолярной коме являются:

высокая гипергликемия

понижение осмолярности крови

отсутствие кетоацидоза

гиперхлоремия

наличие повышенной концентрации кетоновых тел

115. Какой из следующих гормонов синтезируется в гипоталамусе и затем транспортируется в гипофиз?

Окситоцин

Мелатонин

Пролактин

ТТГ

116. Эффекторные гормоны – это гормоны, которые:

Действуют непосредственно на клетки-мишени

Влияют на синтез и высвобождение других гормонов

Влияют на выделение тропных гормонов из гипофиза

Оказывают свой эффект на нейроэндокринном уровне

117. Какой из следующих гормонов не является по химическому строению белком?

Альдостерон

ТТГ

Пролактин

Паратгормон

118. Химическим посредником действия гормонов является:

Кальций

Магний

Хлор

Железо

119. «Релизинг-гормоны» секретируются:

В ядрах гипоталамуса

В гипофизе

В эпифизе

В гипокампе

120. Какой из перечисленных гормонов обладает анаболическим действием?

Инсулин

Глюкагон

Адреналин

Окситоцин

121. Причиной несахарного мочеизнурения является недостаток:

Вазопрессина

Инсулина

Глюкагона

Кортизола

122. Какие из перечисленных гормонов обладают выраженной анаболической активностью?

Андрогены

Тиреоидные гормоны

Катехоламины

Гестагены

123. Какой из перечисленных симптомов не характерен для клиники гиперпролактинемии?

Повышение АД

Лакторея

Аменорея

Избыток массы тела

124. Назовите распространенный побочный эффект при лечении агонистами дофаминовых рецепторов:

Падение АД

Кожная аллергическая реакция

Диспепсия

Снижение гликемии

125. Показанием для хирургического лечения синдрома гиперпролактинемии не является:

Повышение уровня пролактина в крови более чем в 5 раз

Офтальмологические нарушения (сужение полей зрения)

Пролактинома с прогрессирующим ростом

Неэффективность консервативных методов терапии при наличии микропролактиномы

126. Повышение продукции глюкокортикоидов не приводит к:

Похуданию

Появлению на коже стрий

Развитию остеопороза

Артериальной гипертензии

127. К диагностическим пробам при болезни Иценко-Кушинга не относится:

Проба с тиреолиберином

Проба с церукалом

"Малая" проба с дексаметазоном

"Большая" проба с дексаметазоном

128. Что не является показанием для адреналэктомии при болезни Иценко-Кушинга?

Высокий уровень кортизола в крови

Отсутствия эффекта от консервативных методов терапии

Непереносимость лекарственной терапии

Аденома надпочечника

129. Для определения стадии активности акромегалии используется:
Тест с инсулиновой гипогликемией
Малая дексаметазоновая проба
Тест с 1-24АКТГ (синактеном)
ОГТТ (оральный глюкозо-толерантный тест)
130. Рентгенологические проявления акромегалии:
Изменение лицевого скелета
Уменьшение размеров турецкого седла
Периостальный гиперостоз
Утолщение мягких тканей стопы
131. Укажите препараты, являющиеся средствами профилактики йоддефицитных состояний:
Калия йодид 100 и 200 мкг
Биоактивные пищевые добавки из морской капусты
Антиструмин
Левотироксин натрия
132. Лабораторная находка, характерная для диффузного токсического зоба:
Высокий титр антител к рецептору ТТГ
Повышение концентрации ТТГ
Стойкое повышение ТТГ, понижение Т3 и Т4
Снижением концентрации общего и свободного Т3
133. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба:
30-40 мг
10 мг
5 мг
2,5 мг
134. Назовите основную причину узлового коллоидного зоба:
Дефицит йода
Аутоиммунные процессы
Генетические предрасполагающие факторы
Стресс
135. Целевой уровень ТТГ при проведении супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов:
0,1-0,5 мкМЕ/мл
0,5-2,0 мкМЕ/мл
Менее 4,0 мкМЕ/мл
Менее 0,1 мкМЕ/мл
136. Клиническая манифестация СД 1 типа развивается:
После гибели 80-90% массы бета-клеток
После гибели 100% массы бета-клеток
После гибели 40-50% массы бета-клеток

После гибели 20-30% массы бета-клеток

137. Показанием для лазерокоагуляции сетчатки при диабетической ретинопатии не является:

Непролиферативная ретинопатия

Проллиферативная ДР высокого риска

Клинически значимый макулярный отек

Некоторые случаи препролиферативной ДР

138. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитинидов):

Стимуляция секреции эндогенного инсулина

Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина

Снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани

Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью

139. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?

Снижение реабсорбции глюкозы в почках

Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина

Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона

Снижение глюконеогенеза в печени

140. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?

Снижение реабсорбции глюкозы в почках

Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью

Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи

Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина

141. Для кетоацидотической комы характерно:

Гипергликемия (более 15 ммоль/л), кетонемия и метаболический ацидоз

Высокая гипергликемия (более 33 ммоль/л), гиперосмолярность крови (более 350 мосмоль/л), выраженная дегидратация

Увеличение продукции и/или снижение клиренса лактата, метаболический ацидоз и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность

Гипогликемия, активация вегетативной нервной системы и нейрогликопенические синдромы

142. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы

4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара

4-5 таблеток глюкозы

2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

143. Для клиники лактацидотической комы не характерно:

Обезвоживание

Дыхание Куссмауля

Быстрое развитие в течение нескольких часов

Артериальная гипотензия, олигурия, коллапс

144. Терапию острой надпочечниковой недостаточности начинают:

С введения гидрокортизона (кортеф)

С введения флугидрокортизона (кортинефф)

С введения свежезамороженной плазмы

С введения глюконата кальция

145. Назовите одно из показаний к хирургическому лечению синдрома WPW:

наличие хотя бы одного приступа документированной фибрилляции или трепетания желудочков

приступы фибрилляции-трепетания предсердий с частотой 1-2 раза в год

приступы пароксизмальной предсердной тахикардии, купируемые вагусными пробами

146. Предвестники возникновения фибрилляции предсердий:

ранние и политопные предсердные экстрасистолы, полиморфная предсердная пароксизмальная тахикардия

АВ-блокада I степени

полная АВ-блокада

блокада левой ножки пучка Гиса

147. В норме зубец Р всегда положительный в отведениях:

I, II, aVF, V2-V6

aVR

III, aVL, V1

148. Назовите отведения, в которых в норме не бывает зубца Q:

V1-V3

V4-V6

I, II, III, aVR

aVL, aVF

149. В норме амплитуда зубца Q в 12 отведениях не более:

1/4 R

1/2 R

1/3 R

150. В норме подъем сегмента ST вогнутой формы до 2 мм может отмечаться в отведениях:

V1-V3

I, II, III

aVL, aVF

V4-V6

151. В норме депрессия сегмента ST на 0,5 мм может отмечаться в отведениях:

I, II, III, aVR, aVL, aVF, V4-V6

V1-V3

V3R-V5R

152. Зубец T в норме всегда отрицательный в отведении:

aVR

aVL

V4-V6

V3-V4

153. В норме у взрослых людей зубец T всегда положительный:

I, II, aVF, V2-V6

aVR

III, aVL, V1

154. Диагностически значимая концентрация тропонина в крови после развития некроза миокарда определяется через:

6 часов

1 час

3 часа

12 часов

155. В норме самый высокий зубец R в грудных отведениях отмечается:

V4

V1

V6

V3

156. Укажите динамику зубца R в норме в левых грудных отведениях:

RV6<RV5<RV4

RV6<RV5>RV4

RV5>RV4 при RV6=RV5

157. Измерение зубцов и интервалов на ЭКГ проводят по отведению:

II

V3-V5

I

aVF

158. Нормальная продолжительность интервала PQ у взрослых людей:

0,12"-0,18" (0,20" при брадикардии)

0,06"-0,09"

0,10"-0,12"

159. Нормальная продолжительность комплекса QRS у взрослых людей не более:

0,09" (0,10" при брадикардии)

0,08"

0,08"

0,05"

160. Зубец S в норме в грудных отведениях с V1 по V6:

постепенно уменьшается

увеличивается

внезапно обрывается в V3

161. Признаком атриовентрикулярной блокады I степени считается удлинение интервала PQ более:

0,22 сек

0,12 сек

0,18 сек

162. В норме переходная зона расположена в:

V3-V4

V2

V5-V6

V2-V3

163. Признаки синусового ритма:

зубец P перед QRS положительный во II и отрицательный в aVR

положительный зубец P после QRS

отрицательный зубец P после QRS

164. При гипертрофии левого предсердия зубец P:

широкий двухфазный в I, aVL, V5-V6 отведениях

высокий заостренный в II, III, aVF отведениях

высокий и широкий в II, III, aVF отведениях

165. Для ТЭЛА характерен синдром:

SI-QIII

SI-SII-SIII

SII-SIII

166. Причиной гипертрофии левого предсердия является:

митральный стеноз

острый приступ бронхиальной астмы

хронический обструктивный бронхит

первичная легочная гипертензия

167. При гипертрофии правого предсердия зубец P:

высокий заостренный в II, III, aVF

широкий двухвершинный в I, II, aVF, V5-V6

высокий и широкий больше 0,11" в II, III, aVF отведениях

168. Причиной гипертрофии правого предсердия является:

хроническое легочное сердце

митральная недостаточность

артериальная гипертензия
аортальный стеноз
острый инфаркт миокарда

169. При гипертрофии левого желудочка электрическая ось сердца отклоняется:

влево
вправо
резко вправо

170. Достоверный рост КФК и КФК МВ в случае развития инфаркта миокарда отмечается через:

4-6 часов
1 час
2-3 часа
10-12 часов

171. Острый инфаркт миокарда, развившийся вследствие разрыва атеросклеротической бляшки и интракоронарного тромбоза относится, согласно универсальной классификации, к:

I классу
II классу
III классу
IV классу
V классу

172. При гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой сегмент ST смещен:

ниже изолинии в I, aVL, V5-V6
выше изолинии в I, aVL, V5-V6
ниже изолинии в III, aVF V1-V2

173. Для гипертрофии левого желудочка характерно:

RV6>RV5>RV4
RV1>RV2>RV3
RV3>RV4>RV5-V6

174. Атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц I характеризуется:

прогрессирующим удлинением PQ с последующим выпадением комплекса QRS
прогрессирующим удлинением интервалов PQ с последующим выпадением зубца P и комплекса QRS
прогрессирующим удлинением интервала PQ без выпадения комплекса QRS
периодическим выпадением комплекса QRS без прогрессирующего удлинения интервала PQ

175. При атриовентрикулярной блокаде II степени типа Мобитц II наблюдается:

периодическое выпадение комплекса QRS без прогрессирующего удлинения интервала PQ

удлинение интервала PQ с выпадением желудочкового комплекса QRS
прогрессирующее удлинение интервалов PQ с последующим выпадением зубца P и комплекса QRS
прогрессирующее удлинение интервала PQ без выпадения комплекса QRS

176. При полной блокаде правой ножки пучка Гиса форма комплекса QRS в правых грудных отведениях:

RSR'

qR

QS

rS

qRS

177. При блокаде левой ножки пучка Гиса зубец T в отведениях V1-3(V4):

положительный

отрицательный

двухфазный

178. При блокаде левой ножки пучка Гиса в I, II, aVL, V5-V6 отсутствует зубец:

Q

T

R

P

179. При полной блокаде левой ножки пучка Гиса сегмент ST в V1-2 смещается:

выше изолинии менее 4 мм

вниз

вверх выпуклостью вниз

180. При полной блокаде правой ножки пучка Гиса сегмент ST в V1-2 смещается:

вниз

вверх и регистрируется монофазная кривая

вверх

181. При полной атриовентрикулярной блокаде ритм для желудочков может быть:

из А-В соединения

идиовентрикулярный

из ствола Гиса

182. Атриовентрикулярная блокада II степени диагностируется при:

периодическом выпадении комплекса QRS

удлинении интервала PQ

периодическим выпадением зубца P и комплекса QRS

183. Синдром Фредерика характеризуется:

сочетанием фибрилляции предсердий и полной атриовентрикулярной блокады

сочетанием синусового ритма для предсердий и ритма из АВ-соединения для желудочков
наличием глубоких отрицательных зубцов Т в отведениях V1-V4, сочетающихся с удлинением интервала QT при полной атриовентрикулярной блокаде

184. При полной АВ блокаде с идиовентрикулярным ритмом характерна частота желудочковых сокращений:

менее 35 (40) в 1 мин

40-60 в 1 мин

120-140 в 1 мин

185. При нижне-предсердном ритме отрицательный зубец Р перед комплексом QRS регистрируется в отведениях:

II, III, aVF

I, II, aVL

I, II, III, aVR

II, III, aVR, aVL, aVF

186. При ритме из АВ-соединения с одновременным возбуждением предсердий и желудочков зубец Р:

наслаивается на комплекс QRS

отрицательный перед комплексом QRS в отведениях II, III, aVF

отрицательный после комплекса QRS в отведениях II, III, aVF

положительный после комплекса QRS

187. ЧСС, характерная для ритмов из АВ-соединения:

35(40)-55(60) в 1 мин

60-80 в 1 мин

более 100 в 1 мин

188. Для предсердной пароксизмальной тахикардии характерна частота сердечных сокращений:

140 - 220

60 - 90

40 - 60

189. Частота сердечных сокращений при пароксизмальной желудочковой тахикардии:

140-220 (250) в 1 мин

250-350 в 1 мин

80-100 в 1 мин

350-700 в 1 мин

190. Частота волн f при фибрилляции предсердий:

400-700 в 1 мин

250-350 в 1 мин

140-220 (250) в 1 мин

191. Назовите отведения, в которых лучше видны волны фибрилляции предсердий(f):

II, III, aVF, V1

I, aVL, V5-V6

V3-V5

aVR

192. ЭКГ-признаки подострой стадии инфаркта миокарда:

сегмент ST на изолинии

отрицательный зубец T

патологический Q или QS

подъем сегмента ST выше изолинии

193. Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно:

уменьшение глубины отрицательного зубца T

изоэлектричный или положительный зубец T

уменьшение глубины зубца Q, его зазубренность

194. Отведения, в которых регистрируется нижний инфаркт миокарда:

III, II, aVF

V4-V6

V1-V4

195. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится:

А. курение табака

Б. вдыхание ароматических смол

В. аппликация глиной

Г. инсуффляция озона

196. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится:

А. пагубное потребление алкоголя

Б. потребление жидкости менее 2 л/сутки

В. потребление ксилита взамен сахара

Г. потребление БАДов

197. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится:

А. нерациональное питание

Б. значительная компьютерная нагрузка

В. пребывание в неотапливаемом помещении

Г. работа с источником радиоактивного излучения

198. К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний относится:

А. избыточная масса тела

- Б. низкий уровень социального интеллекта
- В. недостаточная становая сила
- Г. высокая реактивность организма

199. Что является целью медико-социальной работы?

- А. изучение различных болезней человека, их обнаружение и лечение
- Б. сохранение и защита общественного здоровья, социальная защита больных людей и членов их семей
- В. профилактика заболеваний, приводящих к инвалидности
- Г. разработка индивидуальных программ реабилитации больных и инвалидов

200. Различают трудоспособность:

- А. избирательную;
- Б. общую;
- В. профессиональную;
- Г. частную.

201. Нетрудоспособность – это состояние, обусловленное:

- А. болезнью, при которой выполнение профессиональной деятельности невозможно;
- Б. болезнью, травмой или ее последствиями, при которых выполнение профессиональной деятельности невозможно;
- В. болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональной деятельности невозможно;
- Г. последствиями травмы, при которых выполнение профессиональной деятельности невозможно;
- Д. травмой, при которой выполнение профессиональной деятельности невозможно.

202. Какова кратность наблюдения при диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) 1 раз в год;
- 2) 2 раза в год;
- 3) 3 раза в год;
- 4) 4 раза в год;
- 5) 6 раз в год.

203. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) нефролог, аллерголог, фтизиатр, отоларинголог, стоматолог;
- 2) нефролог, гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист;
- 3) дерматолог, аллерголог, фтизиатр, хирург, окулист;
- 4) кардиолог, окулист, аллерголог, уролог, хирург;
- 5) нефролог, уролог, физиотерапевт, невропатолог, хирург.

204. Какие исследования являются обязательными при диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) проба Зимницкого – 1 раз в год;

- 2) клинический анализ крови – 4 раза в год;
- 3) общий анализ мочи – 4 раза в год;
- 4) креатинин, мочевина – 2 раза в год;
- 5) холестерин, общий белок и его фракции – 2 раза в год.

205. Когда назначается проба Зимницкого при диспансерном наблюдении больных с заболеванием почек:

- 1) при уровне креатинина сыворотки крови выше 0,176 ммоль/л;
- 2) при уровне мочевой кислоты крови выше 0,5 ммоль/л;
- 3) при снижении удельного веса мочи до 1,015;
- 4) при изменении цвета мочи (типа «мясных помоев»);
- 5) при уровне мочевины крови выше 8,3 ммоль/л.

206. Каков срок диспансерного наблюдения за лицами, перенесшими острый гломерулонефрит:

- 1) 1 год;
- 2) 2 года;
- 3) 3 года;
- 4) 4 года;
- 5) 5 лет.

207. Каков срок диспансерного наблюдения пациентов с ревматическим пороком сердца:

- 1) до 18-летнего возраста (не менее 5 лет);
- 2) до 25-летнего возраста (не менее 5 лет);
- 3) до 30-летнего возраста (не менее 5 лет);
- 4) до 40-летнего возраста (не менее 10 лет);
- 5) пожизненно.

208. Составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, является задачей врача:

А. терапевта

Б. инфекциониста

В. методиста

Г. кардиолога

209. Повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи является задачей врача:

А. терапевта

Б. инфекциониста

В. методиста

Г. кардиолога

210. Проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации является задачей врача:

А. терапевта

Б. инфекциониста

В. методиста

Г. кардиолога

211. Установление диагноза заболевания (состояния), определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения является задачей врача:

А. терапевта

Б. инфекциониста

В. методиста

Г. кардиолога

212. Проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, является задачей врача:

А. терапевта

Б. инфекциониста

- В. методиста
- Г. кардиолога

213. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:

- А. опрос (анкетирование)
- Б. осмотр (консультацию) офтальмологом
- В. осмотр (консультацию) неврологом
- Г. колоноскопию (ректороманоскопию)

214. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:

- А. антропометрию
- Б. колоноскопию
- В. спирометрию
- Г. отоскопию

215. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:

- А. измерение артериального давления
- Б. сканирование брахицефальных артерий
- В. проведение компьютерную томографию
- Г. исследование свертывающей системы крови

216. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя определение уровня _____ в крови:

- А. общего холестерина
- Б. щелочной фосфатазы
- В. прямого билирубина
- Г. сывороточного железа

217. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя определение уровня _____ в крови:

- А. глюкозы
- Б. креатинина
- В. альбумина

Г. амилазы

218. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:

- А. электрокардиографию в покое
- Б. сканирование брахицефальных артерий
- В. Эхокардиографию
- Г. электроэнцефалографию

219. Первый этап диспансеризации взрослого населения включает в себя:

- А. флюорографию легких
- Б. сканирование брахицефальных артерий
- В. эхо-кардиографию
- Г. электроэнцефалографию

220. Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случае выполнения не менее _____ % от объема исследований первого этапа диспансеризации:

- А. 85
- Б. 100
- В. 15
- Г. 50

221. По итогам диспансеризации граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний), относятся к _____ группе здоровья:

- А. I
- Б. II
- В. IIIА
- Г. IIIБ

222. По итогам диспансеризации граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, относятся к _____ группе здоровья

- А. II
- Б. I
- В. IIIА
- Г. IIIБ

223. По итогам диспансеризации граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний), относятся к _____ группе здоровья:

- А. II
- Б. I
- В. IIIА
- Г. IIIБ

224. По итогам диспансеризации граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании, относятся к _____ группе здоровья:

- А. IIIА
- Б. II
- В. I
- Г. IIIБ

225. По итогам диспансеризации граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу

иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании, относятся к _____ группе здоровья:

- А. ШБ
- Б. ША
- В. II
- Г. I

226. "Суперинфекция" при туберкулеза – это:

- 1) заболевание вследствие поступления инфекции извне в уже инфицированный организм
- 2) заболевание, возникшее вследствие экзогенного инфицирования
- 3) заболевание, наступившее вследствие длительного контакта с бактериовыделителем

227. "Эндогенная реинфекция" – это:

- 1) активация ранее скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции
- 2) возникновение очага туберкулезной инфекции во внутренних органах вследствие поступления инфекции в организм
- 3) активация скрыто протекающего в организме очага туберкулезной инфекции вследствие нового поступления инфекции

228. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

- 1) дефекты в профилактической работе
- 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- 3) небрежное отношение больного к своему здоровью
- 4) незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)
- 5) все перечисленное

229. "Случай туберкулеза", по критериям ВОЗ – это:

- 1) хроническое заболевание, сопровождающееся рецидивирующими кашлем с выделением мокроты и изменениями на рентгенограмме, специфичными для него
- 2) заболевание, сопровождающееся изменениями на рентгенограмме в области верхних отделов легких, а также в прикорневых лимфоузлах
- 3) заболевание, подтвержденное специфическими изменениями на рентгенограмме или морфологическими изменениями в виде гигантоклеточной гранулемы с казеозным некрозом
- 4) заболевание, подтвержденное обнаружением микобактерий туберкулеза, выделенных из очага поражения (с мокротой, мочой и т.д.) или полученных из тканей путем биопсии

230. Бактериовыделитель – это:

- 1) больной активным туберкулезом, у которого микобактерии туберкулеза были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- 2) больной, выделявший микобактерии туберкулеза не менее 2 раз

- 3) больной туберкулезом, выделяющий микобактерии всеми лабораторными методами исследования
- 4) все перечисленные варианты

231. Жалобы больного туберкулезом:

- 1) специфичны для этого заболевания и позволяют по ним провести дифференциальную диагностику с другой легочной патологией
- 2) имеют черты специфичности и позволяют заподозрить туберкулез органов дыхания
- 3) неспецифичны и не позволяют с уверенностью судить о природе заболевания

232. Условия жизни больного:

- 1) не оказывают существенного влияния на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- 2) оказывают существенное влияние на риск заболеть туберкулезом и на последующее течение инфекционного процесса
- 3) оказывают только некоторое влияние на риск заболеть туберкулезом и совсем мало влияют на его течение

233. Семейный анамнез представляет для фтизиатра интерес с точки зрения:

- 1) наличия или отсутствия контакта с родственниками, больными заразной формой туберкулеза
- 2) семейной предрасположенностью к данному инфекционному заболеванию
- 3) как контакта с родственником, больным туберкулезом, так и семейной предрасположенностью к бронхолегочным заболеваниям

234. Формы туберкулеза легких, протекающие с массивным размножением микобактерий туберкулеза в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге (очагах) поражения выявляются с помощью:

- 1) клинических методов исследования
- 2) флюорографических методов исследования
- 3) лабораторных методов исследования

235. Формы туберкулеза, протекающие с малым накоплением микобактерий туберкулеза в очаге (очагах) поражения и характеризующиеся преимущественно продуктивной воспалительной реакцией выявляются обычно:

- 1) клиническим методом исследования
- 2) флюорографическим методом исследования
- 3) лабораторным методом исследования

236. Туберкулезу органов дыхания более свойственно:

- 1) острое начало заболевания
- 2) подострое начало заболевания
- 3) бессимптомное начало заболевания

237. Систематическое флюорографическое обследование населения на туберкулез проводится:

- 1) с 10-летнего возраста

- 2) с 12-летнего возраста
- 3) с 15-летнего возраста
- 4) с 18-летнего возраста
- 5) выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

238. Диссеминированный туберкулез легких – это:

- 1) гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких
- 2) распространенное двустороннее поражение легких
- 3) распространенное, чаще двустороннее, тотальное или ограниченное поражение легких с преобладанием очаговых или интерстициальных изменений в легких гематогенного, лимфогенного или бронхогенного происхождения

239. Пути распространения туберкулезной инфекции при диссеминированном туберкулезе легких могут быть все перечисленные, кроме

- 1) гематогенного
- 2) лимфогенного
- 3) бронхогенного
- 4) капельно-аэрогенного

240. Рентгенологически очаг в легких определяется:

- 1) как любая пятнистая характеристика тень диаметром до 1 см
- 2) как патологическая тень в легком, являющаяся отображением патологического процесса, не выходящего за пределы доли легкого
- 3) любое патологическое образование размером поражения не более 1 см³

241. Наружные контуры очаговых теней в легких при наличии активности туберкулезного процесса являются:

- 1) четкими
- 2) размытыми
- 3) закономерности не выявляется

242. Инфильтративный туберкулез легких – это:

- 1) туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
- 2) туберкулез легких, проявляющийся клинкой пневмонии
- 3) туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре

243. Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является:

- 1) большой объем поражения
- 2) преобладание казеозного некроза
- 3) более частый распад
- 4) склонность к бронхогенной диссеминации
- 5) поражение крупных бронхов

244. Туберкулома легкого представляет собой:

- 1) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфической грануляционной ткани

- 2) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный зоной специфического и неспецифического воспаления
- 3) очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный соединительнотканной капсулой с включением клеточных элементов туберкулезной гранулемы

245. Прямыми рентгенологическими признаками наличия полости в легком являются все перечисленные, кроме:

- 1) кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром
- 2) отсутствия легочного рисунка в просвете кольцевидной замкнутой тени на томографическом срезе
- 3) замкнутой кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- 4) наличия горизонтального уровня и тени дренирующего бронха

246. При кавернозном туберкулезе наиболее частым морфологическим вариантом является каверна со следующей характеристикой ее стенки:

- 1) скопление форменных элементов неспецифического воспаления, клетки эпителиоидной и гигантоклеточной гранулемы, казеоз
- 2) отдельные соединительнотканнные волокна в наружных отделах стенки полости, скопления эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, а также отдельные участки казеозного некроза на внутренней поверхности стенки полости
- 3) разрастания грубой соединительнотканной ткани с тяжами, уходящими в интерстиций легкого, скопление эпителиоидных и гигантских клеток Ланганса, казеозный некроз

247. Наиболее достоверным критерием, позволяющим отличить каверну от вторичной кисты легкого, является:

- 1) длительное стабильное состояние процесса (2-5 лет) без обострений туберкулеза и рецидива бактериовыделения
- 2) комплекс клинико-рентгенологических и лабораторных признаков, позволяющих исключить сохраненную активность туберкулеза
- 3) данные биопсии с цитологическим и бактериологическим исследованием материала

248. Наиболее достоверными методами верификации кавернозной формы туберкулеза и полостной формы рака являются:

- 1) рентгенологический и бронхологический
- 2) биохимический и иммунологический
- 3) пробное лечение и динамическое наблюдение
- 4) бактериологический и цито-гистологический

249. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких стенка каверны имеет:

- 1) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и фиброзной ткани
- 2) слой казеозного некроза, слой специфических грануляций и неспецифической инфильтрации
- 3) слой казеозного некроза и слой грубой рубцовой ткани с врастанием последней в интерстиций легкого

250. Больной 32 лет доставлен скорой помощью с затянувшимся приступом удушья. Страдает около 3-х лет бронхиальной астмой. Состояние ухудшилось около 10 дней назад: участились приступы удушья до 6-8-10 раз в сутки, резко возросла потребность в симпатомиметиках короткого действия (до 20 доз в сутки). При осмотре: возбужден, речь затруднена, пульс 120 в мин., дыхательная аритмия, ЧДД 32 в мин. При аускультации - дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы; сатурация кислорода в крови 93%
Начинать терапию следует с:

системных кортикостероидов

эуфиллина парентерально
небулазеротерапии кортикостероидом
внутривенной регидратации

251. У 50-летнего мужчины без "легочного анамнеза" нарастает одышка. При осмотре: выраженный цианоз, "барабанные палочки" на кистях, дыхание равномерно ослабленное, немного незвонких хрипов, напоминающих крепитацию ("треск целлофана"), акцент 2-го тона на легочной артерии, рентгенологически - сетчатость легочного рисунка, преимущественно в нижних отделах, размеры сердца не увеличены, выбухает конус легочной артерии. На ЭКГ- признаки гипертрофии правого желудочка. Наиболее вероятный диагноз:

идиопатический фиброзирующий альвеолит

ХОБЛ

рецидивирующая ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии
митральный стеноз

252. Назначение ИГКС при ХОБЛ согласно рекомендациям GOLD необходимо начинать при ОФВ 1:

<50%

> 80%

<80%

70-50%

50-30%

<30%

253. Туберкулезную каверну от абсцесса легкого отличает:

наличие полости с очагами диссеминации

гладкостенная полость с уровнем жидкости

кровохарканье

интоксикация

ускорение СОЭ

254. Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:

мезотелиомы плевры

аденокарциномы бронха

туберкулеза легких

хронической сердечной недостаточности

255. Наиболее частая причина экссудативного плеврита в молодом возрасте:

туберкулез

диффузное заболевание соединительной ткани
травма грудной клетки
гемофилия
сахарный диабет

256. Стабильное состояние альвеол обеспечивается:

сурфактантом
тонусом бронхиального дерева
стабильностью функции бета2-рецепторов
капиллярным кровотоком

257. Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:

немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка
внезапно возникающий цианоз
акцент 2-го тона над легочной артерией
набухание шейных вен

258. Наиболее информативный инструментальный метод диагностики ТЭЛА:

перфузионно-вентиляционное сканирование легких
рентгенография органов грудной клетки
КТ органов грудной клетки
ЭКГ

259. Препарат выбора при отеке Квинке:

Преднизолон
Эуфиллин
Хлористый кальций
Супрастин
Лоратадин

260. Для приступа бронхиальной астмы не характерно наличие:

мелкопузырчатых влажных хрипов
экспираторной одышки
дискантных сухих хрипов
кашля с трудноотделяемой вязкой мокротой

261. Основной рентгенологический признак пневмококковой пневмонии:

гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
картина ателектаза
тяжистый легочной рисунок
очаговые тени
диффузное снижение прозрачности

262. Осложнениями ХОБЛ являются:

правожелудочковая недостаточность
эритроцитоз
дыхательная недостаточность
левожелудочковая недостаточность

263. Рестриктивная дыхательная недостаточность может быть вызвана:

- кифосколиозом**
- фиброзирующим альвеолитом**
- ожирением**
- экссудативным плевритом**
- стенозом гортани

264. Причины удушья при бронхиальной астме:

- отек слизистой бронхов**
- бронхоспазм**
- повышенная секреция слизи**
- нарушение выделения мокроты**
- альвеолярный отек

265. Для бронхиальной обструкции характерно снижение:

- снижение ОФВ1 и ПСВ**
- остаточного объема легких
- максимальной вентиляции легких (МВЛ)
- индекса Тиффно
- жизненной емкости легких (ЖЕЛ)

266. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является:

- пневмоциста**
- микоплазма пневмонии
- кишечная палочка
- пневмококк
- клебсиелла

267. У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей внезапно развилась за грудиной боль, одышка смешанного характера, свистящие хрипы в проекции среднего легочного поля справа, на ЭКГ регистрируются S в первом и Q в третьем стандартных отведениях. Какое из перечисленных ниже заболеваний может обусловить приведенную выше клиническую картину:

- тромбоэмболия легочной артерии**
- острый инфаркт миокарда
- спонтанный пневмоторакс
- бронхиальная астма
- пневмония

268. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми регламентируется приказом №:

- А. 173
- Б. 124
- В. 1011
- Г. 683
- Д. 1006

269. Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения регламентируется приказом №:

- А. 124
- Б. 1011
- В. 683
- Г. 173
- Д. 1006

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

- А. SCORE
- Б. SCORE-2
- В. CRUSADE
- Г. CHA2DS2Vasc
- Д. GRACE

271. Граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, мед.помощи, относятся к:

- А. I группе здоровья
- Б. II группе здоровья
- В. IIIа группе здоровья
- Г. IIIб группе здоровья

272. К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ не относятся:

- А. болезни системы кровообращения
- Б. злокачественные новообразования
- В. ХОБЛ
- Г. болезни почек и мочевыводящих путей

273. Маммографию при диспансеризации проходят:

- А. женщины старше 45 лет
- Б. женщины старше 39 лет
- В. женщины старше 30 лет
- Г. женщины все зависимости от возраста

274. Все граждане по результатам диспансеризации разделяются на:

- А. три группы здоровья
- Б. четыре группы здоровья
- В. пять групп здоровья
- Г. шесть групп здоровья

275. Исследование кала на скрытую кровь на первом этапе диспансеризации проводится:

- А. всем лицам, подлежащим диспансеризации
- Б. пациентам старше 45 лет
- В. пациентам в возрасте 49-73 года
- Г. пациентам мужского пола старше 65 лет

276. Дуплексное сканирование БЦА проводится:

- А. на первом этапе диспансеризации
- Б. при посещении Центра здоровья
- В. при госпитализации пациента
- Г. на втором этапе диспансеризации

277. Нормальный уровень общего холестерина крови составляет:

- А. не более 5 ммоль/л
- Б. 5,5 ммоль/л
- В. 6,2 ммоль/л
- Г. 6,0 ммоль/л

278. При подготовке к колоноскопии пациенту необходимо исключить прием:

- А. мезим форте
- Б. НПВП
- Г. дротавирина
- Д. витамина Д

279. При подготовке к сдаче анализа крови на ПСА необходимо:

- А. в течение 7 дней избегать езды на веловипеде
- Б. отказаться от мясных продуктов на 3 дня
- В. принять слабительный препарат
- Г. выполнить очистительную клизму

280. Взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование выполняется:

- А. женщинам в возрасте 21-75 лет
- Б. женщинам в возрасте 21-60 лет
- В. женщинам в возрасте 30-75 лет
- Г. женщинам в возрасте 30-60 лет

281. Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска их развития по результатам диспансеризации относятся к:

- А. I группе здоровья
- Б. II группе здоровья
- В. IIIa группе здоровья
- Г. IIIб группе здоровья

282. Нормальный уровень глюкозы крови (венозная кровь) натощак составляет:

- А. 5,5 ммоль/л
- Б. 5,0 ммоль/л
- В. 6,5 ммоль/л
- Г. не более 6,1 ммоль/л

283. Измерение внутриглазного давления проводится:

- А. все лицам, подлежащим диспансеризации
- Б. пациентам старше 65 лет
- В. пациентам старше 39 лет 1 раз в 6 лет

Г. пациентам старше 60 лет

284. Ко 2 группе здоровья относятся:

- А. лица, у которых имеются факторы риска развития заболеваний
- Б. относительно здоровые граждане
- В. граждане, имеющие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения

285. Маммографию женщинам фертильного возраста рекомендуется проходить:

- А. с 1 по 5 день менструального цикла
- Б. с 6 по 12 день менструального цикла
- В. с 13 по 29 день менструального цикла
- Г. в любой день менструального цикла

286. Анализ крови на уровень содержания ПСА проводится:

- А. на первом этапе диспансеризации мужчинам в возрасте 45-51 год
- Б. при посещении Центра здоровья всем мужчинам
- В. при госпитализации пациента
- Г. на втором этапе диспансеризации по назначению хирурга или уролога

287. Какое исследование не является обязательным при диспансеризации населения:

- 1) общий анализ крови;
- 2) исследование мочи на белок;
- 3) флюорография органов грудной клетки;
- 4) осмотр гинеколога для женщин;
- 5) спирография.

288. Как часто осматриваются больные со стабильной стенокардией напряжения при диспансерном наблюдении:

- 1) 2-4 раза в год и чаще в зависимости от тяжести;
- 2) 1-2 раза в год;
- 3) 3 раза в год;
- 4) 6 раз в год;
- 5) 4 раза в год.

289. Какие исследования не являются обязательными (назначаются только по показаниям) при диспансеризации больных со стенокардией напряжения:

- 1) общий анализ крови – 1 раз в год;
- 2) липиды крови – 2 раза в год;
- 3) АЛТ, АСТ, КФК – 2 раза в год;
- 4) ЭКГ – 2-3 раза в год.
- 5) велоэргометрия – 3 раза в год в зависимости от тяжести состояния.

290. При диспансеризации больных с артериальной гипертензией обязательными исследованиями являются:

- 1) общий анализ мочи – 2 раза в год;
- 2) креатинин – не реже 1 раза в год;
- 3) ЭКГ – не реже 1 раза в год;
- 4) липиды крови – не реже 1 раза в год

5) все перечисленное.

291. Как часто осматриваются в поликлинике пациенты, перенесшие внебольничную пневмонию, окончившуюся полным выздоровлением?

- 1) через 10 дней, 20 дней и 1 мес;
- 2) через 3, 6 и 12 мес;
- 3) через 1, 3, 6 и 12 мес;
- 4) через 1, 3, 6 мес;
- 5) через 1, 2, 3 мес.

292. Какова кратность диспансерных осмотров больных хронической обструктивной болезнью легких с редкими обострениями без ДН?

- 1) 1 раз в год;
- 2) 2 раза в год;
- 3) 3 раза в год;
- 4) 4 раза в год;
- 5) 1 раз в 2 года.

293. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных хронической обструктивной болезнью легких?

- 1) пульмонолог, онколог;
- 2) аллерголог, кардиолог;
- 3) фтизиатр, физиотерапевт;
- 4) эндокринолог, окулист;
- 5) отоларинголог, стоматолог.

294. Какова кратность наблюдения при диспансерном наблюдении больных бронхиальной астмой легкой и средней тяжести:

- 1) 1-2 раза в год;
- 2) 2-3 раза в год;
- 3) 4-6 раз в год;
- 4) 1 раз в 2 месяца;
- 5) 1 раз в месяц.

295. Как часто проводится эзофагогастродуоденоскопия при диспансерном наблюдении больных язвенной болезнью желудка:

- 1) 2 раза в год (весной и осенью);
- 2) 1 раз в год и при обострении;
- 3) 1 раз в год;
- 4) при обострении;
- 5) 3 раза в год.

296. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью желудка с частыми рецидивами:

- 1) хирург;
- 2) онколог;
- 3) фтизиатр;
- 4) эндокринолог;

5) отоларинголог

297. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру больных язвенной болезнью 12 перстной кишки с частыми рецидивами:

- 1) хирург;
- 2) онколог.
- 3) фтизиатр;
- 4) эндокринолог;
- 5) отоларинголог

298. Какова кратность наблюдения при диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) 1 раз в год;
- 2) 2 раза в год;
- 3) 3 раза в год;
- 4) 4 раза в год;
- 5) 6 раз в год.

299. Какие специалисты обязательно привлекаются к осмотру пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) нефролог, аллерголог, фтизиатр, отоларинголог, стоматолог;
- 2) нефролог, гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист;
- 3) дерматолог, аллерголог, фтизиатр, хирург, окулист;
- 4) кардиолог, окулист, аллерголог, уролог, хирург;
- 5) нефролог, уролог, физиотерапевт, невропатолог, хирург.

300. Какие исследования являются обязательными при диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый гломерулонефрит:

- 1) проба Зимницкого – 1 раз в год;
- 2) клинический анализ крови – 4 раза в год;
- 3) общий анализ мочи – 4 раза в год;
- 4) креатинин, мочевины – 2 раза в год;
- 5) холестерин, общий белок и его фракции – 2 раза в год.

Перечень вопросов для II этапа государственной итоговой аттестации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия

1. Клиническое использование эритроцитсодержащих компонентов у больных с заболеваниями сердца (Клинические рекомендации 2018 г).
2. Методика проведения и оценка результатов лабораторных исследований мочи (общий анализ, проба Нечипоренко, проба Зимницкого), дифференциальная диагностика мочевого осадка.
3. Методика проведения базовой сердечно-легочной реанимации при наличии автоматического наружного дефибриллятора.
4. Неотложная помощь при пароксизмальных наджелудочковых нарушениях ритма (фибрилляция и трепетание предсердий, тахикардии неясного генеза с узкими QRS-комплексами) на основе КР МЗ РФ, 2020.
5. Неотложная помощь при желудочковых нарушениях ритма (пароксизмальная желудочковая тахикардия, полиморфная двунаправленная типа «пируэт» желудочковая тахикардия) на основе КР МЗ РФ, 2020.
6. Методика проведения стеральной пункции. Анализ показателей миелограммы.
7. Оказание неотложной помощи при неосложненном гипертоническом кризе.
8. Оказание неотложной помощи при осложненном гипертоническом кризе.
9. Оценка результатов гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон).
10. Оказание неотложной помощи при внезапно развившейся одышке в покое (отек легких вследствие острой декомпенсации СН, ТЭЛА).
11. Регистрация и интерпретация ЭКГ.
12. Оказание неотложной помощи при остром приступе бронхиальной астмы.
13. Оценка показателей ЭхоКГ.
14. Оказание неотложной помощи при кардиогенном шоке.
15. Исследование функции внешнего дыхания: методика и оценка результатов спирометрии (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОС, пробы с бронхолитиком).
16. Оказание неотложной помощи при ТЭЛА.
17. Анализ результатов коронароангиографии.
18. Анализ результатов КТ-колоноскопии, ирригографии.
19. Анализ результатов экскреторной урографии и КТ брюшинного пространства.
20. Анализ результатов рентгенографии коленных, тазобедренных, голеностопных, лучезапястных суставов и суставов кистей.

21. Анализ результатов рентгенографии и КТ ВР органов грудной клетки.
22. Оказание неотложной помощи при полной АВ-блокаде с приступом Морганьи-Эдемса-Стокса.
23. Оценка функционального состояния почек (методы определения скорости клубочковой фильтрации).
24. Показания и методика проведения тромболитической терапии при ОКС.
25. Трактовка результатов функциональных нагрузочных тестов (велоэргометрия, тредмил-тест).
26. Оказание неотложной помощи при кетоацидотической коме.
27. Оказание неотложной помощи при гипогликемической коме.
28. Боль в грудной клетке: причины, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь при жизнеугрожающих состояниях.
29. Методика проведения плевральной пункции. Анализ плевральной жидкости.
30. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.
31. Методика проведения и оценка результатов суточного мониторирования ЭКГ.
32. Методика проведения и оценка результатов суточного мониторирования АД.
33. Оказание неотложной помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
34. Оценка результатов УЗИ органов брюшной полости, почек.
35. Оценка результатов УЗДГ брахиоцефальных артерий, артерий нижних конечностей, почечных артерий.
36. Поверхностная и глубокая пальпация живота: методика, интерпретация данных.
37. Оказание неотложной помощи при спонтанном пневмотораксе.
38. Оценка результатов эндоскопических методов исследования ЖКТ (ЭГДС, колоноскопии, ректороманоскопии).
39. Неотложная помощь при синкопальных состояниях.
40. Неотложная помощь при ОНМК.
41. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме.
42. Синдром диареи: дифференциальная диагностика, неотложная терапия.
43. Оказание неотложной помощи при внезапно развившейся одышке в покое (бронхообструктивный синдром).
44. Оказание неотложной помощи при аллергических реакциях: отёке Квинке, крапивнице.
45. Физикальное обследование сердечно-сосудистой системы.
46. Физикальное обследование системы органов дыхания.
47. Пальпация, перкуссия печени по Курлову.

48. Острое повреждение почек. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Клиническая фармакология средств для неотложной терапии и показания к гемодиализу.
49. Лекарственная гиперчувствительность: острые токсикоаллергические реакции, лекарственная лихорадка, лекарственная цитопения. Принципы терапии.
50. Лекарственные поражения печени: факторы риска, диагностика, подходы к терапии, профилактика.
51. Острая надпочечниковая недостаточность: причины, клиника, дифференциальный диагноз, неотложная терапия.
52. Методика проведения базовой сердечно-легочной реанимации при отсутствии автоматического наружного дефибриллятора.
53. Респираторный дистресс-синдром взрослых: понятие, патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, подходы к терапии.
54. Кислородотерапия: показания, средства и методики.
55. Небулайзеротерапия: показания, возможности, фармакология лекарственных средств для небулайзеротерапии, приборы для небулайзеротерапии.
56. Пальцевое исследование прямой кишки.
57. Самоконтроль гликемии у пациентов с СД: глюкометры, техника, интерпретация результатов.
58. Пикфлоуметрия: методика, показания, интерпретация результатов.
59. Туберкулиновые пробы: показания, противопоказания, методика, препараты, оценка результатов.
60. Современная регидратационная терапия при инфекционных и неинфекционных состояниях: показания, препараты, методика.

Перечень вопросов для III этапа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.49 Терапия

1. Атеросклероз: клиническая картина атеросклероза различных локализаций, факторы риска, виды дислипидемий, диагностика. Современная терапия нарушений липидного обмена (МЗ РФ, 2023).
2. ИБС: современная классификация, диагностика стабильной ИБС, подходы к лечению (медикаментозная терапия, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020).
3. ОКС с подъемом сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ с подъемом сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов.
4. ОКС без подъема сегмента ST: понятие, диагностика, неотложная помощь, тактика лечения, реваскуляризирующие вмешательства с позиции рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Антиагрегантная терапия после перенесенного ИМ без подъема сегмента ST: современные клинические рекомендации. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов.
5. Артериальная гипертензия: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия с позиции Клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020.
6. Артериальная гипертензия при беременности: определение, стратификация риска, современная диагностика, антигипертензивная терапия в период беременности и лактации с позиции клинических рекомендаций МЗ РФ, 2020.
7. Гипертонические кризы: классификация, неотложная терапия, показания к госпитализации.
8. ХСН: определение, классификация, диагностика. Современная терапия ХСН с позиции клинических рекомендаций РКО и МЗ РФ, 2020. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ХСН.
9. Фибрилляция предсердий: этиология, патогенез, классификация, факторы риска. Фармакологическая кардиоверсия: клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Длительная антиаритмическая терапия: мониторируемые критерии эффективности и безопасности. Современные клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020г.

10. Фибрилляция предсердий: тромбоемболические осложнения и их профилактика. Современная антикоагулянтная терапия (клинические рекомендации РКО и МЗ РФ, 2020): клиническая фармакология антикоагулянтов, применяемых при ФП, мониторируемые показатели эффективности и безопасности.
11. Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств: определение, этиология, патогенез, клиника, критерии диагноза с позиции КР МЗ РФ, 2021. Принципы антибактериальной терапии. Профилактика инфекционного эндокардита: показания, схемы.
12. Синкопальные состояния: причины, группы риска, неотложная помощь, тактика ведения пациентов с синкопе в анамнезе, диагностика, дифференциальная диагностика. (Клинические рекомендации ESC, 2018)
13. Кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная): определение, формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. КР МЗ РФ по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии, 2021
14. Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки.
15. Лечение ревматической лихорадки. Показания к назначению глюкокортикостероидов. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки
16. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность аортального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения.
17. Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Эпидемиология, клиника, диагностика, подходы к терапии. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация после оперативного лечения.
18. ОРВИ: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия с позиции доказательной медицины.
19. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия (Клинические рекомендации МЗ РФ).
20. Тяжелые формы гриппа: клиника, диагностика, тактика ведения пациентов (клинические рекомендации Российского респираторного общества)
21. Внебольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции КР МЗ РФ, 2021.
22. Внутрибольничная пневмония: этиология, патогенез, группы риска, диагностика, выбор антибактериальной терапии с позиции доказательной медицины.

23. ХОБЛ: этиология, патогенез, современная диагностика, дифференциальная диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций МЗ РФ, 2021; реабилитация. Вопросы МСЭ.
24. Обострение ХОБЛ: этиология, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций (МЗ РФ, 2021), реабилитация.
25. БА: этиология, патогенез, понятие о фенотипах, степени контроля над БА, клиника, диагностика, лечение с позиции современных клинических рекомендаций МЗ РФ, 2021. Вопросы МСЭ.
26. Легочная гипертензия: этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, подходы к терапии с позиции КР МЗ РФ, 2021. Вопросы МСЭ.
27. ТЭЛА: факторы риска, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика (первичная в группах риска, вторичная).
28. Эмфизема легких: факторы риска, патогенез, клиника, диагностика, дифф.диагностика, подходы к терапии и профилактике, реабилитация.¹
29. Функциональная диспепсия: этиология, патогенез, алгоритм диагностики, дифференциальной диагностики, лечения с позиции доказательной медицины.
30. ГЭРБ: понятие, этиология, патогенез, клиника (пищеводные, внепищеводные проявления), диагностика, современная терапия (клинические рекомендации РГА).
31. Пищевод Баррета: этиология, патоморфология, клиника, диагностика, тактика ведения пациентов.
32. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика (современные методы диагностики хеликобактерной инфекции), лечение (эрадикационная терапия – VI Маастрихтское соглашение).
33. Синдром раздраженного кишечника: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
34. Нарушение микробиоты кишечника: современный взгляд на проблему, понятие, клиника, диагностика, современная диагностика, вопросы терапии.
35. Антибиотик-ассоциированная диарея: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни
36. Воспалительные заболевания кишечника - болезнь Крона: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение (КР МЗ РФ, 2020 г.)

¹ Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024 г.

37. Воспалительные заболевания кишечника – неспецифический язвенный колит: патогенез, клиника (кишечные, внекишечные проявления), патоморфология, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
38. Дивертикулярная болезнь кишечника: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
39. Хронический запор у взрослых: понятие, этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
40. НПВП-гастроэнтеропатия: понятие, группы риска, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
41. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство желчного пузыря: патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии.
42. Функциональные билиарные расстройства - функциональное расстройство сфинктера Одди (билиарной, панкреатической порции): патогенез, диагностические критерии, алгоритм современной диагностики и терапии. Показания к хирургическому лечению.
43. Неалкогольная жировая болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение с позиции КР МЗ, 2022г. и «Национального Консенсуса для врачей по ведению взрослых пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и ее основными коморбидными состояниями», 2022г.
44. Алкогольная болезнь печени: понятие, этиология, патогенез, классификация, современная диагностика, лечение с позиции доказательной медицины.
45. Цирроз и фиброз печени: этиология, патогенез, патоморфология, клиническая классификация, клинические и лабораторные синдромы, диагностика, синдромная терапия (КР МЗ РФ, 2021 г.)
46. ЖКБ: факторы риска, клиническая классификация, лечение на стадии билиарного сладжа, ведение пациентов после холецистэктомии (сроки, мониторируемые показатели, медикаментозная терапия).
47. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, современная диагностика, лечение болевого синдрома и внешнесекреторной недостаточности с позиции КР МЗ РФ, 2020 г.

48. Микроскопический колит: факторы риска, этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, дифф. диагностика, подходы к терапии. ²
49. Сахарный диабет 2 типа: этиология, критерии диагностики, современная пероральная сахароснижающая терапия (цели, показания, противопоказания, критерии безопасности согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 11 выпуск, 2022г.)
50. Сахарный диабет 2 типа: современная инсулинотерапия (цели, показания, критерии безопасности согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 11 выпуск, 2022 г), вопросы самоконтроля гликемии пациентом.
51. Сахарный диабет 2 типа: микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), клиника, диагностика, лечение, профилактика (согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 11 выпуск, 2022 г.)
52. Диабетическая полинейропатия: клиника, диагностика, подходы к терапии согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 11 выпуск, 2022 г.)
53. Острые осложнения СД 2 типа: кетоацидотические, гипогликемические состояния – факторы риска, клиника, диагностика, неотложная помощь (согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 11 выпуск, 2022г.)
54. Синдром гипотиреоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
55. Синдром тиреотоксикоза при различных заболеваниях щитовидной железы: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
56. Анемический синдром в практике врача-терапевта: дифференциальная диагностика. Макроцитарные (В12-дефицитная, фолиеводефицитная) анемии – этиология, группы риска, клинико-лабораторные синдромы, возможности современной лабораторной диагностики, подходы к терапии (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).
57. Железодефицитные состояния (ЖДС) и железодефицитная анемия: факторы риска, клинико-лабораторные синдромы, современная диагностика, лечение, вторичная профилактика (клинические рекомендации МЗ РФ, 2021). ЖДС при беременности: тактика терапевта в прегравидарной подготовке, в период беременности.

² Протокол дополнений и изменений к основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.49 «Терапия» на 2024-2025 учебный год утвержден на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО №4 от 20.05.2024 г.

58. Тромбоцитопении: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика терапевта.
59. Синдром лимфаденопатии в практике терапевта: этиология, алгоритм дифференциальной диагностики.
60. Лейкемоидные реакции: понятие, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
61. Миелопролиферативные заболевания: истинная полицитемия. Клиника, современная диагностика. Принципы лечения. Методика проведения эксфузий крови.
62. Миеломная болезнь. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Химиотерапия и ее осложнения (диагностика, лечение, реабилитация)
63. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, лечение и его осложнения.
64. Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и его осложнения (мониторимые показатели, терапия).
65. Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина): классификация, клиника, дифференциальный диагноз, осложнения терапии и их преодоление.
66. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиническая и морфологическая классификация. Клинические типы и варианты течения. Лечение. Показания к госпитализации. Реабилитация. Диспансеризация.
67. Инфекции мочевыводящих путей: этиология, факторы риска, классификация, современная диагностика, лечение в позиции доказательной медицины.
68. Мочекаменная болезнь: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
69. Острое почечное повреждение: понятие, факторы риска, клинико-лабораторная картина, лечение, профилактика.
70. Хроническая болезнь почек: определение, факторы риска, диагностика, классификация, подходы к терапии, первичная и вторичная профилактика (Клинические рекомендации МЗ РФ, 2021).
71. Паранеопластические синдромы: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
72. Лихорадка неясного генеза: понятие, этиология, дифференциальная диагностика, современный алгоритм обследования.
73. Остеоартрит: понятие, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению, показания к хирургическому лечению. Возможности реабилитации. КР МЗ РФ «Гонартроз» (2021), «Коксартроз» (2021)

74. Подагра: диагностические критерии, клинические формы, современный алгоритм диагностики и лечения
75. Бессимптомная гиперурикемия: критерии диагностики, эпидемиология, прогностическое значение, тактика терапии (Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском, 2019).
76. Эпидемиология, патогенез, классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза (КР МЗ РФ, 2021 г)
77. Лечение ревматоидного артрита с позиций (КР МЗ РФ, 2021 г). Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
78. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита. Лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
79. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина. Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза с позиции доказательной медицины.
80. Медикаментозное лечение реактивных артритов с позиций доказательной медицины. Показания к назначению базисных средств и глюкокортикостероидов. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
81. Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.
82. Клинические проявления СКВ. Лабораторные феномены. Критерии диагноза СКВ с позиции доказательной медицины.
83. Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром). Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии. Осложнения фармакотерапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
84. Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития. Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
85. Узелковый полиартериит: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
86. Ревматическая полимиалгия: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.

87. Антифосфолипидный синдром: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии.
88. Экспертиза временной нетрудоспособности: организация и порядок проведения (Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2011 N 21286). Приказ МЗ РФ от 23.08.2016 г. № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности». Электронный листок нетрудоспособности.
89. Диспансеризация: цели, задачи, этапы, профилактическое консультирование в рамках этих этапов. Алгоритм установления групп здоровья по результатам диспансеризации. Нормативная база диспансеризации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения").
90. Оценка качества оказания медицинской помощи. Методы оценки качества медицинской помощи. Методика организации внутриучрежденческого контроля качества медицинской помощи. Контроль и экспертиза КМП в системе ОМС.
91. Экспертиза стойкой нетрудоспособности: определение понятия «экспертиза трудоспособности». Цель и задачи. Классификация основных категорий жизнедеятельности. Критерии определения групп инвалидности (I, II, III). Оформление медицинской документации для осуществления экспертизы стойкой нетрудоспособности в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы.
92. Диспансерное наблюдение: цели, задачи, нозологии, предполагающие постановку на диспансерный учет, содержание и периодичность, (Приказ Минздрава РФ от 15 марта 2022 г. N 168н).

Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие 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. 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. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. 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 точка. 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:

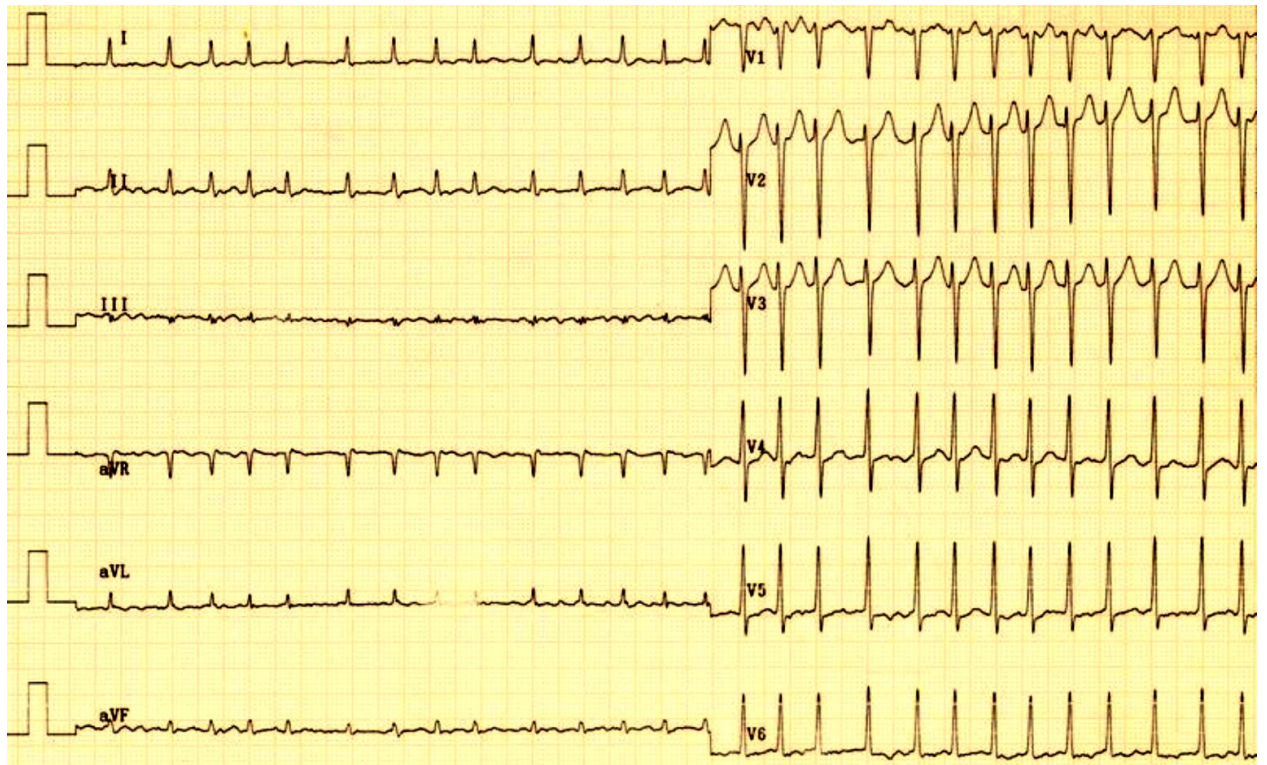
гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— $5,2 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— $7,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты— 138×10^9 /л, лимфоциты - 2,2х10⁹/л, гранулоциты - 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:



ЭХОКГ: 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

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 - 136г/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.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, какие данные можно получить с их помощью?
3. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

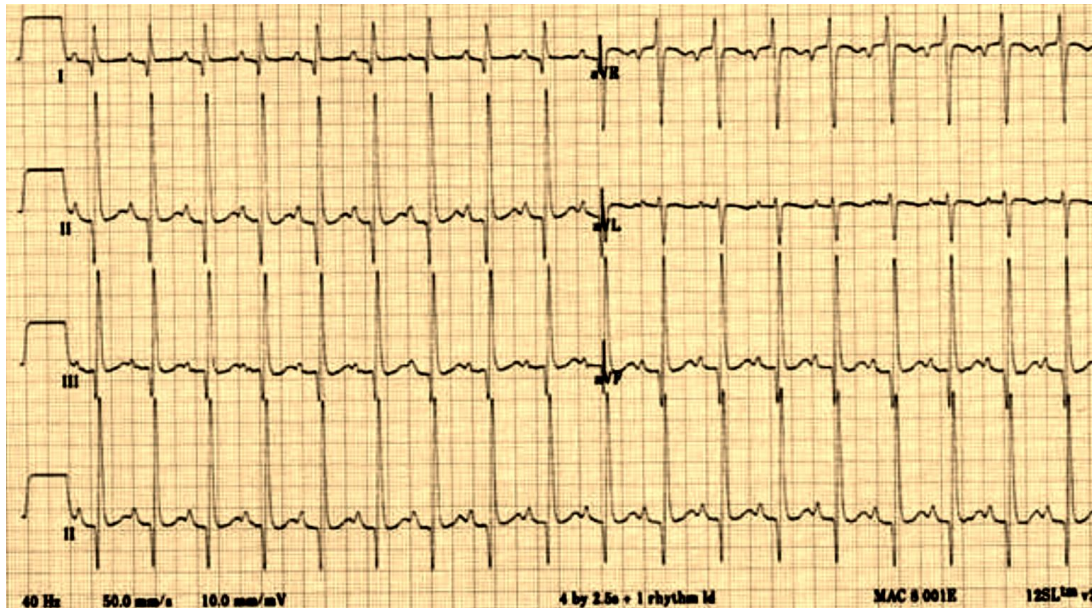
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Пациент 28 лет обратился с жалобами на головокружение, 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 было подозрение 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больной С., 42 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 39,2оС, 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 «ОРВИ», 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 39,50С. Отмечается ритмичное покачивание головой. Кожные покровы влажные, бледные, с желтушным оттенком. Петехиальная сыпь на груди и предплечьях. Пульсация сосудов шеи.

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 23%; сегментоядерные 67%; 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 85 мг/л.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз, сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить для установления диагноза?
3. Назначьте лечение данному больному, определите дальнейшую тактику ведения данного пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Пациент 63 лет обратился с жалобами на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 38,5оС, 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 $16,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 15%; сегментоядерные 76%; 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 58 мг/л.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте необходимые исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Пациент 48 лет обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на одышку при незначительной нагрузке (подъеме по лестнице на 2 лестничных пролета), приступы сердцебиения, 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. Пациент предписанные назначения не выполнял, исходя из собственных убеждений. В течение года у пациента прогрессивно нарастали выше указанные симптомы. Трудовой анамнез: работает охранником. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, корь в детском возрасте, ОРВИ.

Объективно: 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 со средней ЧСЖ 85 в мин. ЭОС отклонена влево.

ЭХО-КГ: Створки митрального клапана спаяны по комиссурам, площадь левого атриоventрикулярного 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. Систолическое давление в легочной артерии - 68 мм рт ст (норма до 35 мм рт ст).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова медикаментозная тактика лечения этого заболевания и его клинических проявлений?
3. Необходимо ли пациенту хирургическое лечение?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Пациент 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.

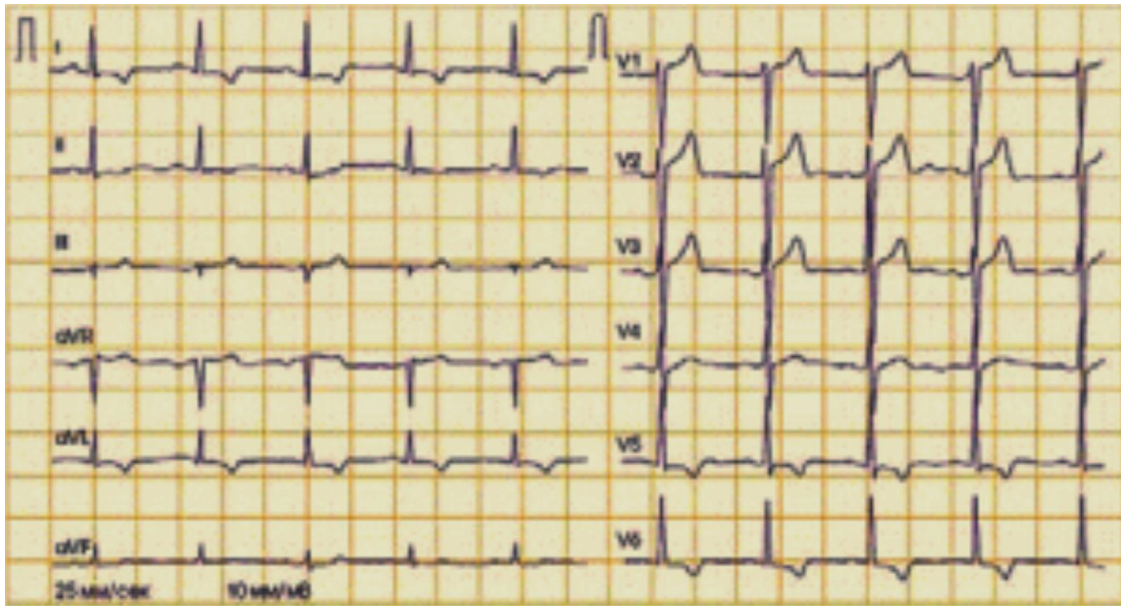
Наследственность: отец перенес острый инфаркт миокарда в 48 лет.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактен. 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^{12} /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. ЭКГ:



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. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Пациент 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 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. Предварительный диагноз.
2. План дообследования.
3. План лечения.
4. Сердечно-сосудистый прогноз у пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Пациентка 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). Ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела, антитела к цитруллинированному полипептиду отрицательные. СРБ до 21 мг/л.

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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Пациент 67 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на головокружение, слабость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, потливость, тошноту. Нарастание симптомов наблюдается в течение последних 6 мес. При дальнейшей беседе с пациентом установлено, что в течение года отмечается болевой дискомфорт при дефекации, часто сопровождающийся умеренными кровотечениями.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 уд/минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови: гемоглобин 75 г/л; эритроциты $3,45 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 25%; MCV 62 фл; MCH 22 пг, RDW 17%, тромбоциты $450,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 5%; сегментоядерные 65%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 30%; моноциты 0%; плазматические клетки 0%

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Какова тактика ведения и лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Пациент 67 лет, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на головокружение, слабость, боли в области сердца, сердцебиение, онемение и ощущение «мурашек» на нижних конечностях, шаткость при ходьбе. Нарастание симптомов наблюдается в последние 4 недели.

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.

Анализ крови: гемоглобин 89 г/л; эритроциты $1,7 \times 10^{12}/л$; гематокрит 30%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%; тромбоциты $49,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $2,5 \times 10^9/л$; палочкоядерные 1%; сегментоядерные 73%; эозинофилы 3%; базофилы 1%, лимфоциты 20 %; моноциты 2%; плазматические клетки 0%, СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 96 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники 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 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови:

гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

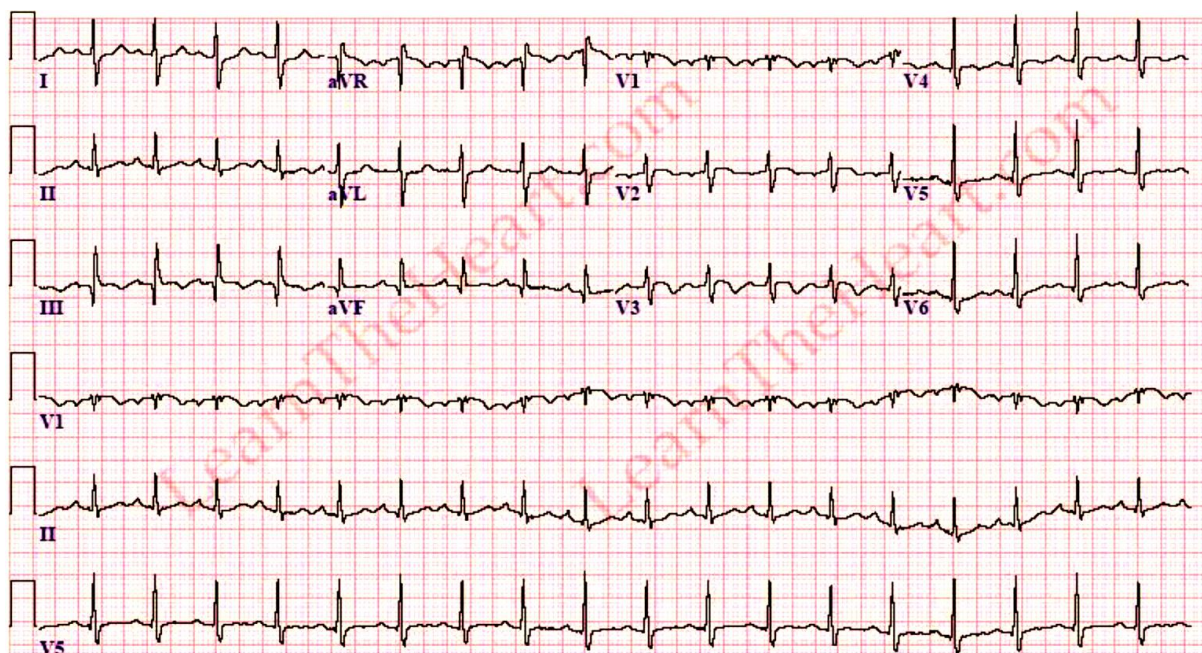
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Какое необходимо провести дообследование?
3. Каков алгоритм проведения лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Пациентка 56 лет с потерей сознания дома, вызван терапевт неотложной помощи поликлиники. Со слов родственников ранее обморочных состояний не было. Данная потеря сознания развивалась внезапно, без предшествующего плохого самочувствия. Месяц назад пациентка выписана из стационара, где проходила лечение по поводу COVID-19, двусторонней пневмонии средней степени тяжести. У пациентки ожирение 2 степени, СД 2 типа, АГ (принимает сахароснижающую, гипотензивную терапию). При осмотре состояние тяжелое. Пациентка в сознании. Жалобы на резкую слабость, чувство заложенности и тяжести в грудной клетке. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы легочных полей, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 60/40 мм рт ст, ЧСС – 140 уд. в мин. SpO₂ – 74%.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Тактика неотложной медицинской помощи
4. Прогноз и терапия на этапе амбулаторного лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение 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 - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO₂- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен R-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какой объем дообследования необходимо провести?
3. Обосновать тактику ведения и лечения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Пациент В., 19 лет. Обратился к терапевту с жалобами на ощущение стесненности в груди и одышку в течение 6 недель. Преимущественно вышеперечисленные жалобы возникают при физ.нагрузке. 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, эти симптомы мешают тренировкам.

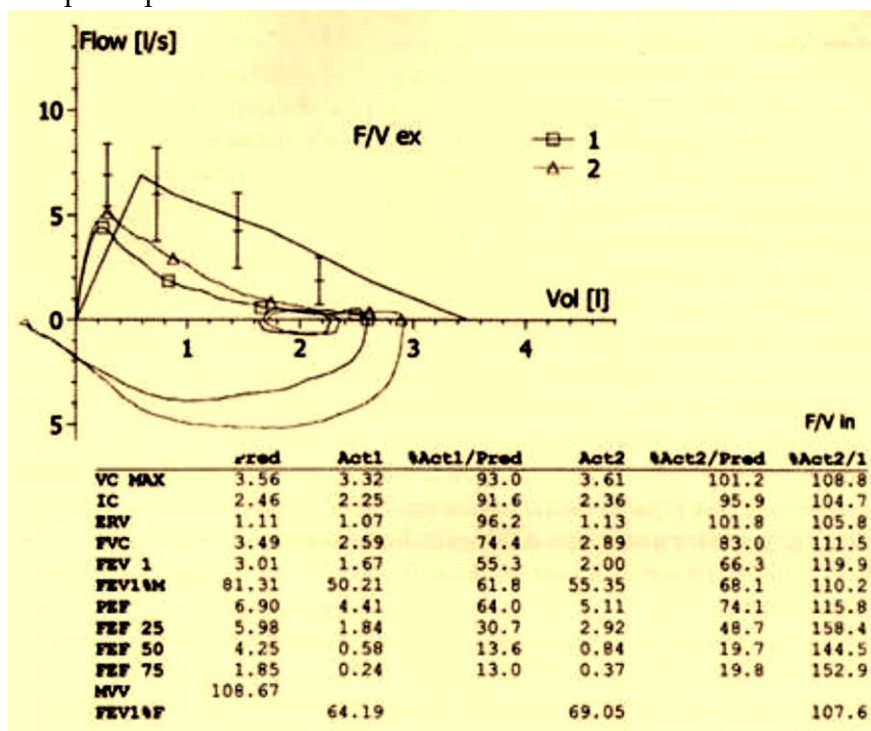
В детстве болел atopическим дерматитом. Пациент не курит, домашних животных нет. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт ст, ЧСС – 64 в мин. В легких дыхание проводится во все отделы, с жестковатым оттенком, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы, ЧД – 18 в мин. Живот мягкий без болезненный.

Результаты обследования:

На рентгенограмме грудной клетки без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин 146 г/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты 230×10^9 /л, нейтрофилы $5,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы 1×10^9 /л.

Спирометрия:



Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План дообследования.
3. Тактика терапии, мониторируемые показатели в процессе терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с участвующимися приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала 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. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, 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-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз
- 2.План дообследования.
- 3.Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Пациент 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 цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

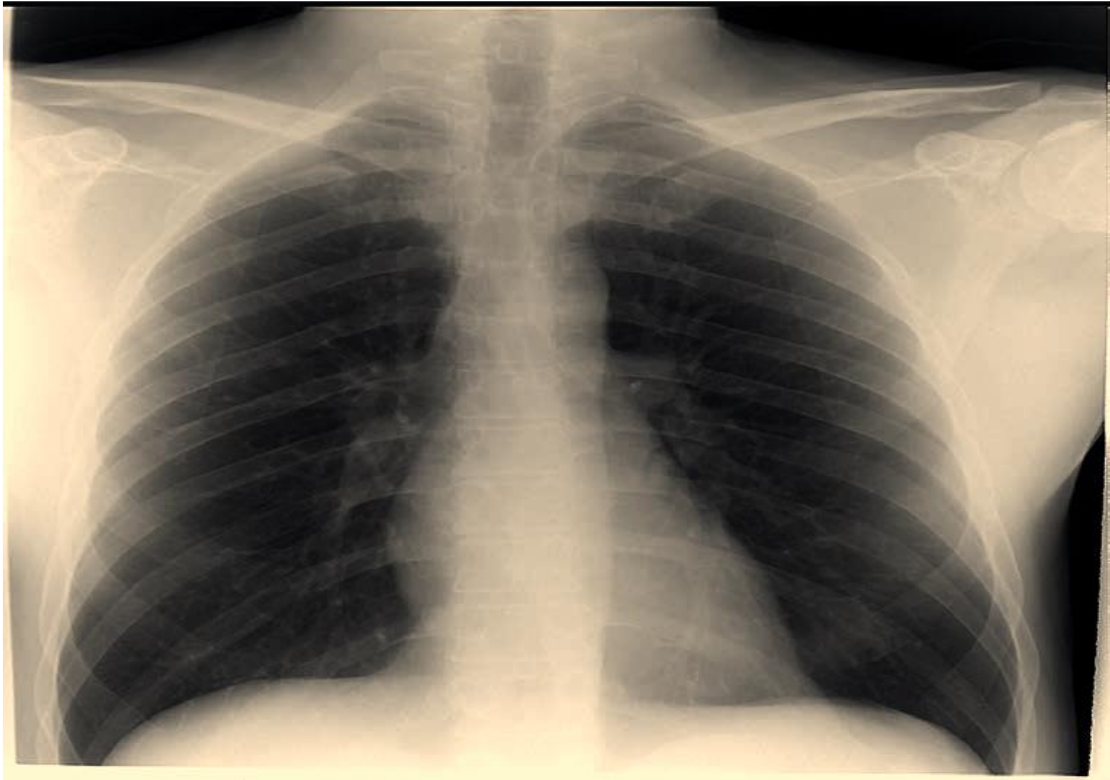
При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91%. Грудная клетка симметрична. Прекурторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются 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. mediaclavicularis 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 перкурторные 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 - $11,2 \times 10^9$ /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, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Рентгенография грудной клетки:



Исследование ФВД: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, R готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Дообследование?
- 3.Тактика лечения и ведения пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Пациент 71 года. Жалобы на момент осмотра на боль в области сердца чаще при физической нагрузке, которые исчезают после приема 1 таблетки нитроглицерина.

Анамнез болезни: 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 (эналаприл, бисопролол, АСК, изосорбид, аторвастатин, триметазидин). Однако через 5-6 дней боль в области сердца стала чаще и интенсивней, хотя прием нитроглицерина давал положительный результат, вчера боль усилилась, вызвана БСМП и больной был госпитализирован.

В больнице в отделении интенсивной терапии жалоб не было, ЭКГ без отрицательной динамики, через 24 часа переведен в кардиологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. Через 3 дня у больного повысилась температура тела до 37,5°C к вечеру, появился кашель с небольшим количеством мокроты. Затем температура тела нарастала до 38,5°C, кашель усилился. Кожные покровы на момент осмотра влажные, одышка во время разговора с врачом, ЧД 22 в мин, пульс 96 уд. в мин, сатурация на воздухе 94%

При осмотре: региональные лимфатические узлы не увеличены. При аускультации везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Мочеиспускание в норме.

Лабораторное исследование (cito): лейкоциты $12,8 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 135 г/л., СОЭ 34 мм/час.

Экспресс-тест на антиген SARS-CoV2 отрицательный (выполнен на 2 часа до консультации врача-терапевта).

Рентгенография органов грудной клетки: тень сердца с несколько увеличенным левым желудочком. Легочные поля прозрачные. Корни легких не увеличены.

КТ грудной клетки: очаг инфильтрации в нижней доле правого легкого 2x4 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Пациентка 78 лет, поступила в травматологическое отделение с диагнозом «чрезвертельный перелом правой бедренной кости». Пациентке в срочном порядке выполнен металлоостеосинтез. После операции пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии. В ОАК было отмечено снижение уровня гемоглобина до 60 г/л. 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, 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 105 г/л, количество эритроцитов $3.81 \times 10^{12}/л$, Гематокрит 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 %, лейкоциты $16,10 \times 10^9/л$, лимфоциты 12,1%, моноциты 0,8%, гранулоциты 87,10 %.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика лечения пациентки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Пациент 47 лет обратился с жалобами на изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области, возникающие ночью и/или через 1,5 – 2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом фосфалюгеля, эффект длился не более 1-2 часов.

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 терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м^2 , гиперемия лица. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоробульбарной зон. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП 0,95, лейкоциты $6,1 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоциты 17%, СОЭ 10 мм/час.

Б/х анализ крови: АЛТ – 36ед/л, АСТ – 55ед/л, ГГТП – 14ед/л, ЩФ – 216ед/л, холестерин – 6,87ммоль/л, глюкоза – 6,1ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

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.

УЗИ органов брюшной полости, заключение: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Пациентка 44 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 малыми порциями без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 7 дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (цефтриаксон по 1,0 гр x 2 раза в сутки в/м) по назначению ЛОР-врача (обострение хронического синусита). Пациентка начала принимать 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 . 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. 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 определенно стала меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились – малообъемные слизистые порции. Пациентка госпитализирована.

Лабораторные тесты:

1. Анализ крови клинический: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты $-4.34 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $-18,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 45 мм/час, тромбоциты $-356 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: юные– 3%, п/я – 18%, с/я – 57%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

2. 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^+ - 3,1 ммоль/л, Na^+ - 130 ммоль/л, С-реактивный белок 75 мг/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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 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.

Клинический анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, 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 - 90 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.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. 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.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансаминазе, эндомизию.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Пациент 47 лет с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Не отрицает факт чрезмерного употребления алкоголя. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье. 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 145/90 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастальной 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.

ОАК: гемоглобин -97 г/л, эритроциты - 2.94×10^{12} /л, гематокрит-53,4 %, средний объем эритроцитов-101 фл, лейкоциты - 11.5×10^9 /л, тромбоциты - 152×10^9 /л, лейкоцитарная формула – п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

БАК: АЛТ-315 Ед/л, АСТ-507 Ед/л, ГГТП-1043 Ед/л, билирубин общий-341.7 мкмоль/л, билирубин прямой-204.4 мкмоль/л, ЩФ-324 Ед/л, альфа-амилаза-201 Ед/л, глюкоза-4.3 ммоль/л, мочевины-7.4 ммоль/л, креатинин-78 мкмоль/л, общий белок-65 г/л, альбумин-30 г/л, калий-3.5 ммоль/л, натрий-134 ммоль/л, протромбин по Квику-68 %.

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. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Определите тактику ведения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Пациент Н., 72 года. Диагноз: Сахарный диабет II типа, диабетическая полинейропатия, диабетическая микро- и макроангиопатия, сухая гангрена левой стопы. Состояние после ампутации левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. 20 сутки после операции.

Задание: соберите анамнез и проведите осмотр пациента с целью назначения дальнейшей медицинской реабилитации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Пациент К., 52 года. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения I ФК. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ОНМК по ишемическому типу в анамнезе. Проходил медицинскую реабилитацию по месту жительства 1 год назад.

Задание: дайте рекомендации по возможностям санаторно-курортного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

В медицинское учреждение поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара.

Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка 70 нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.

Вопросы:

1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?
2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?
3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Врач поликлиники выдал иногороднему пациенту, находящемуся в командировке, листок нетрудоспособности на 7 дней.

Вопросы:

Какой из ниже перечисленных вариантов соответствует правильным действиям врача, если при выписке больного врач оформил листок нетрудоспособности?

- А. за своей подписью и личной печатью;
- Б. за своей подписью, личной печатью и штампом поликлиники;
- В. за своей подписью, подписью главного врача и гербовой печатью поликлиники;
- Г. за своей подписью, личной печатью и подписью заведующего отделением.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациент на 3-й день от начала заболевания обратился в поликлинику. Врач признал его нетрудоспособным и направил на лечение в стационар.

Вопросы:

Из предложенных ниже вариантов укажите правильный порядок оформления листка нетрудоспособности и обоснуйте свой ответ:

- А. листок нетрудоспособности выписывает лечащий врач поликлиники с момента обращения к нему, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
- Б. врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента обращения и закрывает его в день госпитализации, врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации;
- В. врач поликлиники открывает листок нетрудоспособности с момента заболевания, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
- Г. врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента заболевания и закрывает днем, предшествующим госпитализации; врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

При отказе пациента от направления на МСЭ или несвоевременной явке пациента на заседание МСЭ по неуважительной причине необходимо принятие соответствующих мер.

Вопросы:

Какие меры следует принять при отказе пациента от направления на МСЭ или несвоевременной его явке по неуважительной причине:

- А. листок нетрудоспособности продлевается, а пациент вызывается на медико-социальную экспертную комиссию повторно;
- Б. листок нетрудоспособности закрывается, пациент выписывается на работу до следующей МСЭК;
- В. листок нетрудоспособности не продлевается, делается соответствующая отметка в листке нетрудоспособности;
- Г. листок нетрудоспособности закрывается, выдается справка установленной формы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдаются не всегда.

Вопросы:

Приведите конкретные случаи, при которых листки нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи не выдаются:

- А. за хроническим больным в период ремиссии;
- Б. за инвалидом 1 группы;
- В. во время очередного отпуска;
- Г. при нахождении в отпуске без сохранения содержания;
- Д. в период отпуска по беременности и родам;
- Е. во время частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.