ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании Методического Совета

протокол №\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.,

Проректор по учебной работе,

профессор А.И.Яременко

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Профессиональной переподготовки 576 часов** |
|  | (наименование дисциплины) |
| **по**  **специальности** | **Общая врачебная практика (семейная медицина) 31.08.54 очной** |
| (наименование и код специальности) |
| **Факультет** | Послевузовского образования |
|  | (наименование факультета) |
| **Кафедра** | Общая врачебная практика (семейная медицина) |
|  | (наименование кафедры) |

**Санкт-Петербург**

**2019**

Образовательная программа (ОП) составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. N 1092"Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)",зарегистрирован в Минюсте РФ 27 октября 2014 г. N 34466.

ОП обсуждена на заседании кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заведующий кафедрой

профессор, д.м.н. Н.Л.Шапорова

(ученое звание или ученая степень) (подпись) (Расшифровка фамилии И. О.)

ОП одобрена цикловой методической комиссией

по послевузовскому образованию от 2019, протокол №

Председатель цикловой методической комиссии

Декан факультета послевузовского образования

профессор, д.м.н. Н.Л.Шапорова

(ученое звание или ученая степень) (подпись) (Расшифровка фамилии И. О.)

**СОДЕРЖАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ:**

1. **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**
2. **УЧЕБНЫЙ ПЛАН**
3. **УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН**
4. **КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК**
5. **СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ**
6. **Перечень практических умений врача, прошедшего обучение**
7. **КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ**
8. **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
9. **Перечень вопросов к составлению экзаменационных билетов, выносимых на итоговую аттестацию**
10. **требования к итоговой аттеСТАЦИИ**
11. **ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ**
12. **СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**1. Категория слушателей** – имеющие высшее медицинское образование по специальности «060101 Лечебное дело» - квалификация “врач” или по специальности «060103 Педиатрия» - квалификация “врач” при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Педиатрия», «Терапия»

**2. Длительность и форма обучения**

Нормативный срок освоения образовательной программы профессиональной переподготовки по специальности общая врачебная практика составляет – 576 часа (кредита), т.е. 16 ЗЕ. Из них аудиторная нагрузка - 576 часов.

Форма обучения - очная

**3. Цели и задачи учебной дисциплины**

Целью учебной дисциплины является освоение теоретических основ и практических навыков по специальности общая врачебная практика, формирование у слушателей врачебного поведения, мышления и умения, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению взрослых и детей при распространенных заболеваниях.

Задачи изучения предмета:

* освоение методов диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний
* освоение методов лечения больных с патологией внутренних органов
* освоение методов формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях и на дому

**4. Характеристика профессиональной деятельности слушателей**

**4.1 Область профессиональной деятельности слушателей**

Область профессиональной деятельности слушателей, освоивших программу профессиональной переподготовки, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**4.2 Объекты профессиональной деятельности слушателей**

Объектами профессиональной деятельности слушателей, освоивших программу профессиональной переподготовки, являются:

* физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
* население;
* совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**4.3 Виды профессиональной деятельности, к которому готовятся слушатели**

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся слушатели, освоившие программу профессиональной переподготовки:

* профилактическая;
* диагностическая;
* лечебная;
* реабилитационная;
* психолого-педагогическая;
* организационно-управленческая.

**4.4 Задачи профессиональной деятельности слушателей**

Для освоения программы по специальности «Общая врачебная практика» специалист (врач) должен уметь решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности:

* профилактическая деятельность:
* предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
* проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
* проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
* диагностическая деятельность:
* диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
* диагностика неотложных состояний;
* диагностика беременности;
* проведение медицинской экспертизы;
* лечебная деятельность:
* оказание специализированной медицинской помощи;
* участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
* оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
* реабилитационная деятельность:
* проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
* психолого-педагогическая деятельность:
* формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
* организационно-управленческая деятельность:
* применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
* организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
* организация проведения медицинской экспертизы;
* организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
* ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
* создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
* соблюдение основных требований информационной безопасности.

**4.5 Планируемые результаты освоения программы профессиональной переподготовки**

В результате изучения дисциплины у слушателя совершенствуются следующие профессиональные компетенции:

Профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

Диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

**Техники, применяемые при терапевтических заболеваниях:**

* измерение артериального давления у взрослых и детей
* регистрация и анализ ЭКГ
* методика снятия и анализа спирограмм, пикфлоуметрия
* использование ингаляторов и небулайзеров
* методика чтения рентгенограмм
* промывание желудка через желудочный и назогастральный зонд
* промывание кишечника (очистительные клизмы), постановка лечебных клизм
* пальцевое исследование прямой кишки
* катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером
* промывание мочевого пузыря
* все виды инъекций
* переливание крови и кровезаменителей, введение сывороток:
* определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом
* капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей
* интерпретация пробы Манту

**Техники, применяемые при неотложной помощи**

* методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации жидкости
* сердечно-легочная реанимация у новорожденных, детей и взрослых
* дефибрилляция

**Техники, применяемые в дерматологии:**

* применение наружных лекарственных средств для лечения кожных болезней
* диаскопия

**Техники, применяемые в неврологии:**

* исследование 12 пар черепно-мозговых нервов, патологических рефлексов, менингеальных симптомов, моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек);
* оценка координации движений

**Техники, используемые при болезнях детей и подростков**

* определение функционального состояния организма
* выделение групп здоровья детей
* комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)

## уход за новорожденным

* расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери
* расчет питания для детей 1-го года жизни
* выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала)
* составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии
* применение лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно)

**Техники, применяемые при хирургических заболеваниях:**

* наблюдение за оперированными пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе
* пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе
* зондирование полостей и свищей
* местная инфильтрационная анестезия (обезболивание)
* применение асептики и антисептики: техника обработки рук, стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала, утилизация медицинских отходов
* общехирургические техники и оперативные вмешательства: первичная хирургическая обработка поверхностных ран, снятие швов, обработка ожоговой поверхности, наложение повязок, вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев
* временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, прижатием, наложением зажима в ране, гемостатическими средствами)

**Техники, выполняемые при травмах:**

* Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника

**Техники, применяемые в офтальмологии**

* клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)
* осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения
* осмотр глубоких сред методом проходящего света
* офтальмоскопия
* определение остроты зрения, цветового зрения
* оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии
* измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)

## периметрия

* местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней
* удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицы

**Техники, применяемые в отоларингологии:**

* риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия непрямая, отоскопия
* передняя тампонада носа
* определение проходимости слуховой трубы
* зондирование и промывание лакун миндалин
* пороговая аудиометрия
* проведение планового лечения консервативными методами часто встречающихся заболеваний уха, горла, носа у взрослых и детей:
* введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)
* туалет уха, удаление серных пробок
* уход за трахеостомой и трахеостомической трубкой
* оказание неотложной помощи при неотложных состояниях в отоларингологии: удаление инородного тела из уха и носа, первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины, прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой
* перегородки

**Техники, применяемые в акушерстве и гинекологии:**

* двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование
* диагностика беременности и ее срока, наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода
* ведение физиологических родов
* первичный туалет новорожденного, перевязка и обработка пупочной ранки
* оценка состояния новорожденного, оценка состояния последа
* применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное)

**Техники, выполняемые при лабораторной диагностике**

* проведение глюкометрии экспресс-методом
* анализ крови на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ
* взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования: крови, мочи, кала, мокроты, из уретры, с шейки матки, влагалища, содержимого ран, с кожных элементов (пустул, везикул, язв и др.), волос, ногтевых пластинок, со слизистой оболочки носа, глотки, гортани и уха, с конъюнктивы
* клиническое исследование мочи: определение экспресс-методом (тест полоски) белка, сахара и ацетона в моче

**Геронтология:**

* навыки общения с пациентом и его родственниками, особенности общения с детьми и пожилыми, навыки общения с коллегами, умение справляться со стрессовыми ситуациями, синдромом "эмоционального выгорания";

**Техники, выполняемые в психиатрии**

* особенности беседы с больным, имеющим психические нарушения; выявление суицидальных намерений; клинические методы диагностики наркотической зависимости; диагностика признаков депрессий

**Техники, выполняемые при болезнях зубов, слизистой полости рта и языка:**

* методика осмотра полости рта, обследования зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта

**Техники, выполняемые при медико-профилактической и организационно-экономической работе**

* методы определения и оценки физического развития: оценка физического развития по стандартам, показатели общественного здоровья
* исследование и анализ демографических и медико-социальных показателей общественного здоровья населения, прикрепленного к общей врачебной практике:

**Навыки организации лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому при оказании первичной медико-санитарной помощи:**

* организация маршрута пациента: комплекс диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, консультации специалистов, госпитализации;
* пропаганда медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания;
* оказание совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия медико-социальной помощи одиноким, престарелым, инвалидам, больным с тяжелыми хроническими заболеваниями;
* медицинская экспертиза: экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК), определение медицинских показаний к трудоустройству

# Трудоемкость дисциплины

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вид учебной работы** | **ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)** | **Всего ЗЕ** |
| 1 | Общее количество часов по учебному плану | 576 | 16 |
| 2. | Аудиторные занятия, в том числе | 576 | 16 |
| 2.1. | Лекции | 144 | 4 |
| 2.2. | Клинические (практические) занятия | 432 | 12 |
| 2.3. | Семинары |  |  |
| 4. | Итоговая аттестация (часы входят в пункт 2.3) | 6 |  |

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Раздел | КЕ (Часы) | ЗЕ (36 ч) 1 неделя | Форма контроля |
|  | Введение в специальность, организационные и юридические аспекты профессиональной деятельности. | 9 | 0,25 | ЗАЧЕТ |
|  | Вопросы терапии,геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики. | 144 | 4 | ЗАЧЕТ |
|  | Вопросы смежных специальностей |  |  |  |
| хирургические болезни и реанимация | 72 | 2 | ЗАЧЕТ |
| акушерство и гинекология | 54 | 1,5 | ЗАЧЕТ |
| педиатрия | 72 | 2 | ЗАЧЕТ |
| неврология | 72 | 2 | ЗАЧЕТ |
| ЛОР-болезни | 63 | 1,75 | ЗАЧЕТ |
| офтальмология | 72 | 2 | ЗАЧЕТ |
|  | Обучающий симуляционный курс | 12 | 0,5 | ЗАЧЕТ |
|  | **Итоговая аттестация** | 6 | Экзамен |
|  | Итого: | **576** | 16 |  |

**Учебно-тематический план**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование раздела | Всего ЗЕ | Всего КЕ (часов) | В том числе (часы) | | Формы контроля |
| лекции | Клинические (практические) занятия |
| 1. | **Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика, организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике.** | **0,25** | **9** | **2** | **7** | **зачет** |
| 1.1 | Определение специальности «общая врачебная практика (семейнаямедицина)». Законодательные актыи нормативные документы, регламентирующие порядок перехода к организации ПМСП по принципуВОП/СВ в РФ |  | 1 | 1 |  | тесты |
| 1.2 | Сферыпрофессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.3 | Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи. Понятия “профилактика”, “медицинская профилактика”, "предболезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний. |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.4 | Система физического воспитания. Физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине). Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Лечебно-профилактическое питание. |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.5 | Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики. |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.6 | Основы профилактической гериатрии. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Профилактика преждевременного старения. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения. |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.7 | Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.8 | Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП. Законодательные аспекты деятельности ВОП/СВ. Права ВОП/СВ. Функциональные обязанности. Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента |  | 1 |  | 1 | тесты |
| 1.9 | Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность. |  | 1 | 1 |  | тесты |
| 2. | **Вопросы терапии, геронтологии, лабораторной и функциональной диагностики.** | **4** | **144** | **36** | **108** | **зачет** |
| 2.1 | ***Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ*** |  | **12** | **3** | **9** | **зачет** |
| 2.1.1 | Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи |
| 2.1.2 | Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений. Методы расчета СКФ. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.3 | Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.4 | Исследование мочи. Мочевой осадок.Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.5 | Спирография. Основные показатели. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи |
| 2.1.6 | ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи |
| 2.1.7 | Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.8 | Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца. |  | 2 |  | 2 | Тесты, задачи |
| 2.1.9 | Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.10 | Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом поврежде-нии и некрозе сердечной мышцы |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.1.11 | Электрокардиограмма при инфаркте миокарда |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи |
| 2.2 | ***Кардиология.*** |  | **24** | **6** | **18** | **зачет** |
| 2.2.1 | Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии в работе врача общей практики. Этиология. Патогенез. Современная классификация. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.2 | Гипертонические кризы. Клиническая картина. Неотложная помощь |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.3 | Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные и вазоренальные гипертензии. Эндокринные симптоматические артериальные гипертензии. Алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагноз |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.4 | Гипертоническая болезнь. Тактика подбора медикаментозной терапии. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.5 | Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.6 | Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Современная классификация. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.7 | Осложнения инфаркта миокарда. Кардиогенный шок. Острая сердечная недостаточность. Врачебная тактика. Неотложная терапия. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.8 | Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС. |  | 2 | 1 | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.9 | Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.10 | Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.11 | Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Дисфункции синусового узла. Синдром слабости синусового узла. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.12 | Атриовентрикулярная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.13 | Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз. |  | 2 | 1 | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.14 | Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью в работе врача общей практики |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.15 | Врожденные и приобретенные пороки сердца. |  | 2 | 1 | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.16 | Дифференциальная диагностика кардиомегалий. Синдром «большого сердца». |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.17 | Миокардиты. Этиопатогенез. Принципы терапии. Перикардиты. Этиопатогенез. Терапия. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.18 | Инфекционный эндокардит |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.19 | Кардиомиопатии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Дилатационная кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия. Тактика ведения больных |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.20 | Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы), профилактика первичная и вторичная. Гиперхолестеринемия. Дислипидемии. Врачебная тактика |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.2.21 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля. |  | 1 |  | 1 | опрос |
| 2.3 | ***Ревматология.*** |  | **7** | **1** | **6** | **зачет** |
| 2.3.1 | Системные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия. Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.2 | Полимиозит и дерматомиозит. Смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа). Этиопатогенез. Дифференциальная диагностика. Современное представление о терапии. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.3 | Системные васкулиты (узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Шенлейн-Геноха, гиганто-клеточный височный артериит). Этиопатогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Современные подходы к терапии. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.4 | Ревматизм. Пороки сердца. Принципы терапии и профилактики. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.5 | Актуальные вопросы ведения больных остеоартрозом в работе врача общей практики. Диффернциальный диагноз суставного синдрома. Остеопороз. Дифференциальная диагностика, профилактика и тактика ведения больных |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.6 | Дифференциальный диагноз болй в мышцах, суставах, болевого синдрома в позвоночнике |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.3.7 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4 | ***Гастроэнтерология*** |  | **23** | **7** | **16** | **зачет** |
| 2.4.1 | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, формы, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Кардиоспазм и ахалазия пищевода. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.2 | Дивертикулы пищевода. Опухоли пищевода. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.3 | Острый гастрит. Хронические гастриты и гастродуодениты, функциональная желудочная диспепсия. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.4 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, стандарты эрадикации Н.р. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.5 | Осложнения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.6 | Рак желудка, предраковые заболевания желудка. Послеоперационные заболевания желудка |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.7 | Язвенный колит, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Болезнь Крона, системные поражения. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.8 | Туберкулез кишечника, особенности клинической картины и диагностики. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.9 | Целиакия, организация диетотерапии. Дифференциальный диагноз при диареи, при запоре. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.10 | Синдром мальабсорбции, клиническая картина, методы диагностики, медикаментозного лечения и нутриционной поддержки. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.11 | Опухоли кишечника (полипоз, колоректальный рак, карциноидный синдром) |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.12 | Синдром раздраженного кишечника, критерии диагностики и стандарты лечения |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.13 | Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции. |  | 1 | 1 |  | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.14 | Хронические гепатиты, классификация, вопросы диагностики и лечения в зависимости от этиологии. Лекарственные поражения печени |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.15 | Циррозы печени, синдром портальной гипертензии, методы диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз желтух, асцита |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.16 | Опухоли печени, методы диагностики (гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюларный рак печени, доброкачественные опухоли печени, гормональноактивные опухоли печени). |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.17 | Хроническая печеночноклеточная недостаточность, классификация, стадии, клиническая картина, методы ранней диагностики и лечения |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.18 | Желчно-каменная болезнь, особенности современного течения, диагностика и лечение. Осложнения ЖКБ. Взаимодействие терапевта и хирурга. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.19 | Воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, ангиохолит) |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.20 | Дискинезии желчного пузыря и сфинктера Одди, клиническая картина, методы диагностики и лечения |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.21 | Хронический панкреатит, формы, клиническая картина, осложнения, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли поджелудочной железы. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.22 | Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнных желез. Врачебный осмотр полости рта. Кариес. |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.4.23 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля |  | 1 |  | 1 | Тесты, задачи, опрос |
| 2.5 | ***Пульмонология и аллергология*** |  | **21** | **5** | **16** | **зачет** |
| 2.5.1 | Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Современная классификация.. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.5.2 | Бронхиальная астма. Принципы подбора терапии. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Неотложная терапия |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.3 | ХОБЛ. Диагностика. Тактика ведения больных врачом общей практики. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохарканья, гипервоздушности легких, легочного уплотнения. Синдром апноэ во сне. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.4 | Пневмонии. Современная антибиотикотерапия внебольничных пневмоний. Инфекционные деструкции легких. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.5 | Бронхоэктатическая болезнь. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.6 | Острые респираторные заболевания. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.7 | Саркоидоз органов дыхания. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.8 | Интерстициальные заболевания легких. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.9 | Тромбоэмболия легочной артерии. Дифференциальная диагностика и принципы терапии. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.5.10 | Заболевания плевры. Классификация, принципы терапии плевритов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.11 | Спонтанный пневмоторакс. Неотложная терапия. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.12 | Рак легкого. Диагностика. Современные принципы терапии |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.13 | Легочное сердце. Дыхательная недостаточность. Виды, причины, принципы терапии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.14 | Лекарственные поражения легких |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.15 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологического профиля. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.16 | Принципы терапии аллергических заболеваний. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля.Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.5.17 | Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Принципы терапии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.18 | Лекарственная аллергия. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.5.19 | Хроническая идиопатическая крапивница |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6 | ***Заболевания мочевыделительной системы.*** |  | **9** | **2** | **7** | **зачет** |
| 2.6.1 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля. Синдромы в нефрологии: дизурия мочевой синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром. Понятие о ХПБ как наднозоологической форме.Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.2 | Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных врачом общей практики. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.3 | Острый и хронический цистит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапия. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.4 | Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Принципы неотложной терапии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.5 | Амилоидоз почек. Рак почки и мочевого пузыря. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.6.6 | Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.7 | Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Принципы диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Заболевания яичек и мошонки. Мужское бесплодие. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.6.8 | Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики. Хроническая болезнь почек. Классификация. Принципы терапии |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.7 | ***Гематология*** |  | **4** | **1** | **3** | **зачет** |
| 2.7.2 | Дифференциальная диагностика анемий. Тактика врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля. Железодефицитные анемии. Острая постгеморрагическая анемия. В-12 и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика. Принципы терапии и профилактики. Гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.7.3 | Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.7.4 | Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкемоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.7.5 | Острые лейкозы в работе врача общей практики. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.8 | ***Эндокринология*** |  | **6** | **2** | **4** | **зачет** |
| 2.8.1 | Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.8.2 | Принципы терапии сахарного диабета I типа. Современной представление о лечении больных сахарным диабетом 2 типа. Диетотерапия. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.8.3 | Климактерий и вязанные с ним болезни. Ожирение и дефицит веса, гиперпаратиреоз: клиническая картина, основные причины, тактика врача ОВП. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.8.4 | Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Тиреотоксический криз. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.8.5 | Узловые образования щитовидной железы. Дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики. Тиреоидиты. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Тактика врача общей практики. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.8.6 | Дифференциальный диагноз синдромом полидипсии, офтальмопатии, полиурии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.9 | ***Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в ОВП*** |  | **10** | **3** | **7** | **зачет** |
| 2.9.1 | Общая дерматология (Общая патология кожи, высыпные элементы, методика обследования кожного больного, принципы наружной терапии) |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.2 | Аллергические дерматозы (дерматиты, токсидермии, синдром Лайела, зудящие дерматозы) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.3 | Дерматозы полиэтиологической природы (псориаз, болезни сальных и потовых желез, болезни волос и ногтей, пузырные дерматозы, экзема, кожные формы диффузных заболеваний соединительной ткани, розовый лишай, красный плоский лишай) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.4 | Инфекционные и паразитарные болезни кожи (пиодермии, дерматозоонозы, поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях, вирусные заболевания кожи) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.5 | Грибковые заболевания (поверхностные микозы) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.6 | Наследственные дерматозы |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 2.9.7 | Сифилис |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.8 | ЗППП |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 2.9.9 | Опухоли кожи |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 2.10 | ***Болезни пожилых в ОВП*** |  | **5** | **1** | **4** | **зачет** |
| 2.10.1 | Особенности врачебного обследования пожилых пациентов. Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.10.2 | Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов. Принципы диагностики и лечения. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.10.3 | Особенности заболеваний легких у пожилых пациентов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.10.4 | Особенности патологии почек у пожилых пациентов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.10.5 | Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11 | ***Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в ОВП болезни в ОВП*** |  | **10** | **2** | **8** | **зачет** |
| 2.11.1 | Вирусные и бактериальные воздушно-капельные инфекции. Принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия. Показания к госпитализации. Детские воздушно-капельные инфекции. Сроки вакцинации и ревакцинации. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.2 | Кишечные инфекции. Показания к госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Тактика ведения. Диспансеризация. Вирусные гепатиты. Эпидемиология. Диагностика, тактика ведения. Лечение. Диспансерное наблюдение. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.3 | Особо опасные инфекции. Эпидемиология. Тактика врача общей практики при подозрении на эти заболевания. Наблюдение за реконвалесцентами. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.11.4 | Малярия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.5 | ВИЧ-инфекция и СПИД. Диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении вирусоносителей и больных. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.6 | Глистные и паразитарные заболевания. Группы риска. Принципы диагностики, лечение. Профилактика. Столбняк. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Профилактика. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.7 | Лихорадка неясного генеза. Особенности ведения пациентов. Дифференциальная диагностика |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.8 | Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции. Неотложные мероприятия при инфекционных заболеваниях. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.11.9 | Туберкулез. Легочные и внелегочные формы туберкулеза . Ранние симптомы туберкулеза. Методы их выявления. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.11.10 | Тактика ведения и лечения больных. Группы риска. Оценка туберкулиновых проб у лиц разных возрастных групп. Профилактика туберкулеза ВОП/СВ. Вакцинация и ревакцинация. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.12 | ***Медицинская психология в ОВП Пациент с нарушениями психики в ОВП.*** |  | **7** | **3** | **4** | **зачет** |
| 2.12.1 | Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии. Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.12.2 | Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство. Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.12.3 | Современные принципы и методы лечения психических заболеваний. Экстренная помощь при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий. Медицинские показания к госпитализации. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.12.4 | Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления. Принципы лечения. Тактика ведения больных |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.12.5 | Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека. Психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.12.6 | Основы семейной психологии. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тесты |
| 2.12.7 | Алкоголизм, наркомания, токсикомания: социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тесты |
| 2.12.8 | ***Зачет*** |  | **6** |  | **6** |  |
| 3. | **Хирургические болезни в общей врачебной практики. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация** | **2** | **72** | **18** | **54** | **зачет** |
| 3.1 | Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного.. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургическогоо профиля. |  | 2 | 1 | 1 | тесты |
| 3.2 | ***Вопросы общей хирургии.*** |  | **4** | **3** | **1** |  |
| 3.2.1 | Асептика и антисептика. Операции. |  | 1 | 1 |  | тесты |
| 3.2.2 | Раны. Десмургия. Некрозы тканей. |  | 2 | 1 | 1 | тесты |
| 3.2.3 | Онкология. |  | 1 | 1 |  | тесты |
| 3.3 | ***Острые заболевания органов брюшной полости.*** |  | **6** | **2** | **4** |  |
| 3.3.1 | Острый аппендицит. |  | 2 | 1 | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.3.2 | Острый холецистит. Механическая желтуха. Острый панкреатит. |  | 2 | 1 | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.3.3 | Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.3.4 | Острая кишечная непроходимость. Ущемленные грыжи. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.4 | ***Заболевания толстой кишки.*** |  | **7** | **2** | **5** |  |
| 3.4.1 | Опухолевые заболевания толстой кишки. |  | 4 | 2 | 2 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.4.2 | Геморрой. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.4.3 | Трещина заднего прохода. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.4.4 | Парапроктит. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.5 | ***Некоторые вопросы сосудистой хирургии.*** |  | **2** | **0** | **2** |  |
| 3.5.1 | Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.5.2 | Варикозное расширение вен нижних конечностей. Постромбофлебитически синдром. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.6 | ***Эндокринная хирургия.*** |  | **2** | **0** | **2** |  |
| 3.6.1 | Заболевания щитовидной железы. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.6.2 | Заболевания надпочечников. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.7 | ***Гнойная хирургическая инфекция.*** |  | **4** | **0** | **4** |  |
| 3.7.1 | Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.7.2 | Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.7.3 | Остеомиелит. Сепсис. Тактика врача общей практики. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.7.4 | Острый мастит. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.8 | ***Урология*** |  | **3** | **1** | **2** |  |
| 3.8.1 | Почечная колика. |  | 1 | 1 |  | Тесты, |
| 3.8.2 | Острые воспалительные заболевания. |  | 1 |  | 1 | Тесты, |
| 3.8.3 | Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи. Фимоз. Парафимоз |  | 1 |  | 1 | Тесты, |
| 3.9 | ***Интенсивная терапия и реанимация*** |  | **8** | **0** | **8** |  |
| 3.9.1 | Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния. |  | 2 |  | 2 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.2 | Коматозные состояния. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.3 | Острые отравления. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.4 | Поражение электрическим током, молнией, солнечный удар. Утопление, удушение |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.5 | Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.6 | Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.9.7 | Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. |  | 1 |  | 1 | Тесты, ситуац.задачи |
| 3.10 | ***Травматология и ортопедия как специальность.*** |  | **4** | **2** | **2** |  |
| 3.10.1 | Определение предмета. Стандарты в травматологии |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 3.10.2 | Организация травматолого-ортопедической службы. История травматологии и ортопедии |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 3.10.3 | Общие понятия: травма, травматизм |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.10.4 | Диагностика переломов. Ушибы, раны, вывихи, трещины. Врачебная тактика. Неотложная помощь. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.11 | ***Методы лечения переломов.*** |  | **6** | **2** | **4** |  |
| 3.11.1 | Консервативные методы лечения |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 3.11.2 | Оперативные методы лечения |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 3.11.3 | Эндопротезирование |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.11.4 | Особенности послеоперационного ведения больных |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.12 | ***Частная травматология.*** |  | **4** | **2** | **2** |  |
| 3.12.1 | Переломы верхних конечностей |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 3.12.2 | Переломы нижних конечностей. Переломы проксимального отдела бедренной кости. Повреждения коленного сустава |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 3.13 | ***Термические поражения.*** |  | **1** | **0** | **1** |  |
| 3.13.1 | Ожоги, отморажение |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.14 | ***Последствия повреждений*** |  | **1** | **0** | **1** |  |
| 3.14.1 | Ложные суставы, артрогенные контрактуры. Деформации и укорочения. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.15 | ***Детские ортопедические заболевания.*** |  | **4** | **0** | **4** |  |
| 3.15.1 | Мышечная кривошея |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.15.2 | Врожденный вывих бедра. Врожденная косолапость. Врожденная косолапость. |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 3.15.3 | Сколиозы. Остеохондропатии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.16 | ***Дегенеративно-дистрофические поражения суставов.*** |  | **2** | **1** | **1** |  |
| 3.16.1 | Общие вопросы диагностики и дифференциальной диагностики |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 3.16.2 | Гонартроз. Коксартроз. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.17 | ***Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника*** |  | **3** | **1** | **2** |  |
| 3.17.1 | Этиология и патогенез |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 3.17.2 | Клиника и диагностика |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.17.3 | Выбор метода лечения. Консервативное и оперативное лечение. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.18 | ***Остеопороз*** |  | **3** | **1** | **2** |  |
| 3.18.1 | Постменопуазальный и старческий, профилактика переломов, особенности лечения переломов на фоне остеопороза. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 3.18.2 | Частные варианты (стероидный, гиперпаратиреоидная остеодистрофия) |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 3.19 | ***Зачет*** |  | **6** | **0** | **6** |  |
| 4. | **Акушерство и гинекология в ОВП** | **1,5** | **54** | **12** | **42** | **зачет** |
| 4.1 | ***Акушерство в ОВП*** |  | **26** | **6** | **20** |  |
| 4.1.1 | Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом акушерского и гинекологическогоо профиля. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.2 | Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.3 | Методы оценки функционального состояния плода |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.4 | Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.5 | Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 4.1.6 | Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика развития гестозов |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 4.1.7 | Кровотечения во время беременности: причины, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.8 | Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Причины. Методы борьбы с кровотечением. Профилактика. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.9 | Материнский травматизм. Классификация. Причины. Диагностика. Разрывы матки во время беременности и в родах. Клиника. Тактика ведения |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.10 | Физиологические роды. Причины наступления. Периоды родов. Клиника и принципы ведения родов. Биомеханизм родов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.11 | Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.12 | Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.13 | Беременность и роды у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца, оперированным сердцем. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.14 | Беременность и роды при гипертонической болезни. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.15 | Беременность и роды при заболеваниях почек и печени. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.16 | Беременность и роды при сахарном диабете: гестационный диабет, диабет 1 и 2 типов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.17 | Беременность и роды при бронхиальной астме |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.1.18 | «Острый живот» в акушерстве. Причины. Клиника. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2 | ***Гинекология*** |  | **26** | **6** | **20** |  |
| 4.2.1 | Методы обследования гинекологических больных. Основные принципы проведения профилактических осмотров в условиях офиса врача общей практики. |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 4.2.2 | Регуляция функции яичников. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.3 | Гормональная недостаточность функции яичников. Тесты функциональной диагностики. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.4 | Дисфункциональные маточные кровотечения: диагностика, тактика ведения в различных возрастных группах, профилактика рецидивов. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.5 | Предменструальный синдром. Теории патогенеза. Степени тяжести. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.6 | Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология. Группы риска. Классификация. Диагностика. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.7 | Диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отдела женских половых органов. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.8 | Внематочная беременность |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.9 | Планирование семьи. Современные методы контрацепции |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.10 | Бесплодный брак. Алгоритмы обследования. Современные пути преодоления бесплодия |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 4.2.11 | Эндометриоидная болезнь. Миома матки. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.12 | Опухоли яичников. Группы риска. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.13 | Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.14 | Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.15 | Физиология и патология пери- и постменопаузы. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.2.16 | Климактерический синдром. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Принципы гормональной заместительной терапии (ГЗТ) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 4.3 | ***Зачет*** |  | **2** |  | **2** |  |
| 5. | **Болезни детей и подростков в ОВП** | **2** | **72** | **20** | **52** | **зачет** |
| 5.1 | Вскармливание детей первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.2 | Питание детей дошкольного возраста |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.3 | Рахит и рахитоподобные заболевания |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.4 | Гипотрофия, паратрофия |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.5 | Ведение детей с расстройствами питания. Ожирение. Нарушение полового созревания. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.6 | Железодефицитная анемия |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.7 | ***Болезни почек и мочевыводящих путей у детей*** |  | **6** | **3** | **3** |  |
| 5.7.1 | Гломерулонефриты |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.7.2 | пиелонефрит |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.7.3 | цистит |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.8 | ***Болезни дыхательной системы у дете***й |  | **4** | **1** | **3** |  |
| 5.8.1 | Пневмония у детей |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.8.2 | ОРВИ, диагностика и лечение |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.8.3 | Бронхиты у детей |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.9 | ***Аллергические болезни у детей*** |  | **7** | **2** | **5** |  |
| 5.9.1 | аллергический ринит |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.9.2 | бронхиальная астма |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.9.3 | атопический дерматит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.10 | ***Болезни сердечно-сосудистой системы у детей*** |  | **6** | **2** | **4** |  |
| 5.10.1 | Миокардиты у детей |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.10.2 | Функциональные шумы сердца. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.10.3 | Дистонии. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 5.11 | ***Болезни желудочно-кишечного тракта у детей*** |  | **10** | **5** | **5** |  |
| 5.11.1 | Заболевания органов пищеварения: хр. гастриты, гастродуодениты. Язвенная болезнь |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.11.2 | Заболевания желчевыделительной системы. Панкреатит у детей. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.11.3 | Гельминтозы у детей |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.11.4 | Заболевания пищевода. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Распространенность ГЭРБ. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз. Лечение. Пилороспазм и пилостеноз |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.11.5 | Заболевания тонкой и толстой кишки. Особенности клинической картины СРК у детей. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 5.12 | ***Инфекционные болезни у детей. Вакцинация*** |  | **7** | **1** | **6** |  |
| 5.12.1 | Детские инфекционные заболевания, особенности современного течения |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.12.2 | Вакцинация детей. Прививочный календарь |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.12.3 | Острые кишечные инфекции у детей. Лечение и наблюдение при ОКИ |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.13 | Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.14 | Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Наследственная патология: муковисцедоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.15 | Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.16 | Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкемоидные реакции, геморргагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики. |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 5.17 | Неотложная помощь в педиатрии. Внезапная смерть ребенка |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 5.18 | Стандарты в педиатрии |  | 2 | 1 | 1 | Опрос |
| 5.19 | ***Зачет*** |  | 6 |  | 6 |  |
| 6. | **Болезни нервной системы в ОВП** | **2** | **72** | **20** | **52** | **зачет** |
| 6.1 | ***Пропедевтика клинической неврологии*** |  | **21** | 7 | 14 |  |
| 6.1.1 | II,III, IV,VI пары черепных нервов |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.2 | V,VII пары черепных нервов. Невралгия III п.ч.н., невропатия VII п.ч.н. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.3 | IX,X,XI,XII пары черепных нервов. Бульбарный, псевдобульбарный синдромы. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.4 | Произвольные движения и их нарушения. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.5 | Общая чувствительность и ее нарушения. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.6 | Мозжечок, нарушения координации, экстрапирамидные расстройства. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.1.7 | Высшие мозговые функции. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2 | ***Частная клиническая неврология*** |  | **45** | **13** | **32** | Опрос, тест |
| 6.2.1 | Острые нарушения мозгового кровообращения |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.2 | Хронические нарушения мозгового кровообращения .Деменция. Врачебная тактика. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.3 | Дегенеративно-дистофические изменения позвоночника, спондилогенные радикулиты |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.4 | Плекситы и невриты |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.5 | Полиневропатии |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.6 | Болезнь Паркинсона |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.7 | Менингиты |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.8 | Эпилепсия |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.9 | Опухоли головного мозга |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.10 | Неврологические расстройства при сахарном диабете, патологии щитовидной железы, Инфекционные болезни нервной системы. Токсическое поражение нервной системы. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.11 | Травматические поражения головного мозга |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.12 | Порядок и стандарты оказания помощи пациентом неврологического профиля. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.2.13 | Дифференциальный дианоз синдромов: головная боль, головокружение, расстройства сна и бодрстовавания, лицевая боль, онемение лица, гиперкинезы, нарушения сознания. Врачебная тактика. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 6.3 | ***Зачет*** |  | 6 |  | 6 |  |
| 7. | **Болезни уха, горла и носа в ОВП** | **1,75** | **63** | **16** | **47** | **зачет** |
| 7.1 | Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия) |  | 7 | 3 | 4 | Опрос, тест |
| 7.1.1 | Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.1.2 | Распространенность ЛОР-заболеваний |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.1.3 | Методы осмотра ЛОР-органов |  | 5 | 1 | 4 | Опрос, тест |
| 7.2 | ***Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов*** |  | **9** | **3** | **6** |  |
| 7.2.1 | Клиническая анатомия уха |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.2.2 | Физиология слухового анализатора |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.2.3 | Методы исследования слуха |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 7.2.4 | Физиология вестибулярного анализатора |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.2.5 | Методы исследования вестибулярного анализатора |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 7.3 | ***Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача*** |  | **5** | **1** | **4** |  |
| 7.3.1 | Заболевания наружного уха |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 7.3.2 | Острый средний отит. Боль в ухе – дифференциальный диагноз. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.3.3 | Мастоидит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.4 | ***Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача*** |  | 6 | 1 | 5 |  |
| 7.4.1 | Хронические отиты |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.4.2 | Отогенный менингит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.4.3 | Отогенные абсцессы мозга |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.4.4 | Отогенный тромбоз сигмовидного синуса |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 7.5 | ***Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)*** |  | **4** | **1** | **3** |  |
| 7.5.1 | Отосклероз |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.5.2 | Болезнь Меньера, клиника, диагностика и лечение |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.5.3 | Нейросенсорная тугоухость ,клиника, диагностика, лечение, слухопротезирование. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.6 | ***Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.*** |  | **6** | **1** | **5** |  |
| 7.6.1 | Клиническая анатомия и физиология носа. |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.6.2 | Острый ринит; клиника, диагностика, лечение. |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.6.3 | Хронические риниты Классификация, клиника, диагностика, лечение, |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 7.6.4 | Носовые кровотечения и методы их остановки: передняя и задняя тампонады носа |  | 2 |  | 2 | Опрос, тест |
| 7.7 | ***Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.*** |  | **4** | **1** | **3** |  |
| 7.7.1 | Острый и хронический гайморит |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.7.2 | Острый и хронический этмоидит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.7.3 | Острый и хронический фронтит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.7.4 | Острый и хронический сфеноидит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.8 | ***Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней*** |  | **6** | **1** | **5** |  |
| 7.8.1 | Первичные вторичные ангины. Боль в горле – дифференциальный диагноз |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.8.2 | Специфические поражения глотки (сифилис, туберкулез ,СПИД) |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.8.3 | Хронический тонзиллит |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.8.4 | Паратонзиллярный абсцесс |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.8.5 | Метатонзиллярные осложнения |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.9 | ***Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани.*** |  | **5** | **2** | **3** |  |
| 7.9.1 | Острые и хронические ларингиты. Ложный круп. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.9.2 | Гортанная ангина |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.9.3 | Острые и хронические стенозы гортани |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.9.4 | Рак гортани |  | 1 | 1 |  | Опрос, тест |
| 7.10 | ***Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищепроводных и воздухоносных путей.*** |  | **5** | **2** | **3** |  |
| 7.10.1 | Инородные воздухоносных путей. Трахеотомия, коникотомия, интубация |  | 1 |  | 1 | Опрос, тест |
| 7.10.2 | Инородные пищепроводных путей. Диагностика. Эзофагоскопия. |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.10.3 | Химические ожоги пищевода |  | 2 | 1 | 1 | Опрос, тест |
| 7.11 | ***Зачет*** |  | **6** |  | **6** |  |
| 8. | **Болезни глаз в ОВП** | **2** | **72** | **20** | **52** | **зачет** |
| 8.1 | Анатомия глаза |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.2 | Зрительные функции и методы их исследования. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.3 | Патология оптической системы (миопия, гиперметропия, пресбиопия, астигматизм). |  | 6 | 2 | 4 | Опрос, тест |
| 8.4 | Коррекция зрения подбором очков Хирургические методы коррекции рефракции (кератотомия, Lasik). |  | 5 | 1 | 4 | Опрос, тест |
| 8.5 | Воспалительные заболевания глаз (век, слезных органов, конъюнктивы, орбиты, склеры). Ранняя диагностика, первичная врачебная помощь, лечение. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.6 | Травмы глаз. Ранения век, их классификация. Ранения глазного яблока. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза.Ожоги органа зрения. Поражения глаз различными видами излучения. |  | 6 | 2 | 4 | Опрос, тест |
| 8.7 | Роговица: заболевания и повреждения. Ранняя диагностика. Первая помощь. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.8 | Патология сосудистого тракта (врожденные аномалии, увеиты) |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.9 | Заболевания сетчатки (острое нарушение кровообращения в сетчатке, дистрофия, отслойка) |  | 5 | 1 | 4 | Опрос, тест |
| 8.10 | Заболевания зрительного нерва (невриты, ишемические и токсические поражения; застойный диск, атрофия) |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.11 | Глаукома. Выявление пациентов с подозрением на глаукому. Лечение в период ремиссии. Экстренная помощь при остром приступе глаукомы. |  | 5 | 1 | 4 | Опрос, тест |
| 8.12 | Катаракта. Диагностика. Тактика ведения больных врачами общей практики. Оптическая коррекция |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.13 | Изменение органа зрения при общих заболеваниях организма |  | 6 | 2 | 4 | Опрос, тест |
| 8.14 | Распознавание онкологических заболеваний глаз. Тактика врача общей практики. |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.15 | Особенности патологии глаз у детей |  | 3 | 1 | 2 | Опрос, тест |
| 8.16 | Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики. |  | 6 | 2 | 4 | Опрос, тест |
| 8.17 | ***Зачет*** |  | 6 |  | 6 |  |
| 9. | **Обучающий симуляционный курс** | **0,5** | **12** |  | **12** | зачет |
| 10. | **Итоговая аттестация** | **6** |  | **6** |  |
| 11. | **Общий объем подготовки** | **16** | **576** | **144** | **432** |  |

**Обучающий симуляционный курс**

Общая длительность симуляционного цикла 12 часов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Содержание занятия | Используемое оборудование | Длительность работы в симуляционном центре (часы) |
| Занятие 1  Манипуляции в отоларингологии   * Отоскопия * Помощь при стенозе гортани | Муляж стеноза гортани, тренажер для отоскопии, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятия. | 3 |
| Занятие 2  Сердечно-легочная реанимация. Крикотиреотомия, трахеостомия и уход за трахеостомой. | Компьютеризированный торс для СЛР, тренажер для интубации трахеи, тренажер для крикотиреотомии, тренажер ухода за трахеостомой, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий. | 4 |
| Занятие 3  Хирургические навыки:   * наложение и снятие швов * завязывание узлов * перевязки * уход за стомой | Муляж ткани для наложения швов, рука для наложения швов, тренажер для завязывания узлов, тренажер для перевязок и ухода за стомой, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий. | 3 |
| Занятие 4  Аускультация детей  Зачет | Набор для имитации сердечных и легочных тонов, шумов у детей, торс для аускультации | 2 |

**Календарный учебный график**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяц | Январь | | | Февраль | | | | Март | | | | Апрель | | | | | Май | |
| Неделя | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| Даты | 13.01-18.01 | 20.01-25.01 | 27.01-01.02 | 03.02-08.02 | 10.02-15.02 | 17.02-22.02 | 24.02-29.02 | 02.03-07.03 | 09.03-14.03 | 16.03-21.03 | 23.03-28.03 | 30.03-04.04 | 06.04-11.04 | 13.04-18.04 | 20.04-25.04 | 27.04-02.05 | 04.05-09.05 | 11.05-16.05 |
| Часы | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 30 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Каникулы |  |  |  |  |  |  |  |  | К |  |  |  |  |  |  |  | К |  |
| Лекции | Л |  |  | Л |  |  |  | Л |  |  |  |  | Л |  |  |  |  |  |
| Практические занятия |  | П | П |  | П | П | П |  |  | П | П | П |  | П | П | П |  | П |
| Симуляционный курс |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | СК |  |  |
| Аттестация |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | А |

**Содержание материала программы**

1. **Общая врачебная практика (семейная медицина). Введение в специальность. Научно-обоснованная профилактика в профессиональной деятельности в общей врачебной практике. Организационные и юридические аспекты в профессиональной деятельности общей врачебной практике**
   1. Определение специальности «общая врачебная практика (семейнаямедицина)». Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейныхврачей (WONCA) и ее ключевые признаки. Законодательные актыи ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципуВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепцииопределения «общая врачебная практика (семейная медицина)».Определение «врач общей практики (семейный врач)». ОпределениеЕвропейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенций. Сферыпрофессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). Фундаментальные особенности ОВП.
   2. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональнойдеятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ.Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенцийВОП/СВ.
   3. Практическое значение научно обоснованных определений понятийспециальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) испециалиста - врач общей практики (семейный врач) для проведениямероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ иорганизации системы подготовки ВОП/СВ.
   4. Основы санологии. Определение понятия "здоровье", его структура и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни семьи.
   5. Определения понятий “профилактика”, “медицинская профилактика”, "пред-болезнь", "болезнь". Факторы риска возникновения распространенных заболеваний.
   6. Система физического воспитания и физиологическое нормирование двигательной активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Принципы и методы физической культуры в общей врачебной практике (семейной медицине).
   7. Теоретические основы рационального и сбалансированного питания. Принципы лечебно-профилактического питания.
   8. Социально-гигиенические и медицинские аспекты алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. Принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркомании и токсикомании.
   9. Основы профилактической гериатрии. Социально-гигиенические факторы в профилактике преждевременного старения. Физиология, гигиена питания и труда пожилого человека. Лекарственные средства в профилактике преждевременного старения.
   10. Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов;
   11. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности. Учет и отчетность деятельности ОВП и ВОП/СВ. Клинический аудит в ОВП.
   12. Законодательные аспекты деятельности ВОП/СВ. Права ВОП/СВ. Функциональные обязанности. Организация труда. Критерии оценки качества работы. Гарантии государства по охране и защите прав врача и пациента
   13. Нормативно – правовое регулирование медицинской деятельности. Обзор законодательства. Нормативно – правовое регулирование медицинского страхования (обязательного и добровольного). Уголовное право и медицинская деятельность.
   14. ***Лабораторная и функциональная диагностики в работе ВОП/СВ***
   15. Основные принципы лабораторной диагностики. Лабораторная диагностическая аппаратура, принципы работы, контроль и правила ухода.
   16. Лабораторная диагностика нарушений метаболизма белков, жиров, углеводов, нарушений обмена электролитов, азотистого обмена, ферментных нарушений, клиническое значение.
   17. Лабораторная диагностика нарушений системы кроветворения: клиническое исследование периферической крови.
   18. Лабораторная диагностика нарушений билирубинового обмена.
   19. Исследование мочи. Мочевой осадок.Ограничения при исследовании анализа мочи с помощью тест-полосок. Методы расчета СКФ.
   20. Ограничения при исследовании уровня глюкозы крови с помощью тест-полосок
   21. Спирография. Основные показатели.
   22. ЭхоКГ. Возможности метода для диагностики наиболее часто встречающихся кардиологических заболеваний.
   23. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
   24. Нормальная электрокардиограмма. Методика регистрации и анализ электрокардиограммы
   25. Электрокардиограмма при нарушениях ритма сердца
   26. Электрокардиограмма при нарушении функции проводимости
   27. Электрокардиограмма при гипертрофии предсердий и желудочков
   28. Электрокардиограмма при ишемической болезни сердца. Электрокардиограмма при ишемии, ишемическом поврежде-нии и некрозе сердечной мышцы
   29. Электрокардиограмма при инфаркте миокарда
2. **Кардиология.**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом кардиологического профиля.
   2. Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургические методы), профилактика первичная и вторичная. Гиперхолестеринемия. Дислипидемии. Врачебная тактика.
   3. Гипертоническая болезнь. Этиопатогенез. Современная классификация. Гипертонические кризы. Клиническая картина. Неотложная помощь Симптоматические артериальные гипертензии. Почечные и вазоренальные гипертензии. Эндокринные симптоматические артериальные гипертензии. Дифференциальный диагноз. Алгоритмы диагностики. Тактика подбора медикаментозной терапии.
   4. Ишемическая болезнь сердца. Этиопатогенез. Классификация. Стенокардия и ее виды. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Современная классификация. Осложнения инфаркта миокарда. Неотложная терапия. Современные принципы терапии ИБС. Хирургические методы лечения больных ИБС. Кардиогенный шок. Острая сердечная недостаточность. Врачебная тактика.
   5. Нарушения ритма и проводимости. Экстрасистолии. Парасистолии. Пароксизмальные тахикардии. Фибрилляция и трепетание предсердий. Тактика лечения различных форм нарушения ритма. Синдром преждевременного возбуждения желудочков. Дисфункции синусового узла. Синдром слабости синусового узла. Атриовентрикулярная блокада. Синоатриальная блокада. Современное представление о терапии нарушений проводимости.
   6. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Современная классификации. Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью. Отечный синдром. Дифференциальный диагноз.
   7. Дифференциальная диагностика кардиомегалий. Синдром «большого сердца». Миокардиты. Этиопатогенез. Принципы терапии. Кардиомиопатии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Дилатационная кардиомиопатия. Рестриктивная кардиомиопатия. Тактика ведения больных.
   8. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
   9. Врожденные пороки сердца Классификация. Открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, стеноз устья аорты. Пролапс митрального клапана. Приобретенные пороки сердца. Инструментальные методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Реабилитация. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения.
   10. Инфкционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
3. **Ревматология**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом ревматологического профиля.
   2. Ревматизм. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.
   3. Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностики (физикальные. ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.
   4. Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
   5. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.
   6. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
   7. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
   8. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.
   9. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
   10. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
   11. Подагра. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.
   12. Диффузные заболевания соединительной ткани.
   13. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
   14. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
   15. Дерматомиозит. Этиология и патогенез. Классификация, клиника, варианты течения, лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
   16. Системные васкулиты. Узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, болезнь Шенлейн-Геноха, гиганто-клеточный височный артериит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Современные подходы к терапии.
   17. Остеопороз в практике семейного врача
   18. Дифференциальный диагноз болй в мышцах, суставах, болевого синдрома в позвоночнике.
4. **Гастроэнтерология.**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гастроэнтерологического профиля.
   2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Синдромы дисфагии, диспепсии, болей в животе. Хронический гастрит и гастродуоденит. Роль гистологического метода в диагностике хронического гастрита. Соотношение хронического гастрита и функциональной желудочной диспепсии. Типы хронического гастрита. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Роль пилорического геликобактера в развитии язвы и рака желудка. Показания и схемы эрадикационной терапии. Осложнения язвенной болезни. Взаимодействие терапевта-гастроэнтеролога и хирурга в лечении осложненной язвы. Особые формы язв (синдром Золлингера-Эллиссона, постбульбарные язвы). Особенности их клинической картины и лечения. Рак желудка.Прераковые состояния. Синдром малых признаков. Стадии. Клиническая картина. Основные методы лечения. Рак пищевода
   3. Заболевания печени. Хронические гепатиты и циррозы печени: этиологическая классификация, диагностика и лечение. Показания и противопоказания к противовирусной терапии HBV и HCV-инфекции. Стеатоз печени. Клиническая картина и методы диагностики. Понятие об алкогольном и неалкогольном стеатогепатите. Лекарственные поражения печени. Аутоиммунные заболевания печени, иммунологические методы их диагностики. Первичный билиарный цирроз печени. Дифференциальная диагностика синдрома холестаза. Хроническая печеночная недостаточность, ее варианты и клинические проявления. Методы ранней диагностики хронической печеночной недостаточности и профилактики ее прогрессирования. Дифференциальный диагноз желтух, асцита.
   4. Заболевания билиарной системы. Методы диагностики холецистопатий. Функциональные методы исследования билиарной системы. Дисфункция сфинктера Одди и желчного пузыря. Желчно-каменная болезнь (ЖКБ). Осложнения желчно-каменной болезни. Показания к оперативному лечению. Медикаментозная терапия желчно-каменной болезни. Холестероз желчного пузыря. Методы диагностики и лечения. Хронический холецистит (калькулезный и без ЖКБ). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Опухоли билиарной системы (опухоли желчного пузыря, холедоха, фатерова соска).
   5. Заболевания толстого и тонкого кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний кишечника. Стандарты лечения в зависимости от тяжести течения заболевания. Дивертикулез кишечника. Синдром раздраженного кишечника. Целиакия. Терапевтические аспекты спаечной болезни. Синдром мальабсорбции. Его причины, клиническая картина и методы диагностики. Опухоли толстого кишечника. Дифференциальный диагноз при диареи, при запоре.
   6. Заболевания поджелудочной железы. Хронический панкреатит: первичный (алкогольный) и вторичный (холепанкреатит). Редкие формы хронического панкреатита. Осложнения хронического панкреатита. Методы диагностики хронического панкреатита. Стандарты терапии хронического панкреатита. Опухоли поджелудочной железы: доброкачественные гормонально-неактивные опухоли, злокачественные и гормонально-активные опухоли (апудомы). Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики.
   7. Понятие о кишечном дисбактериозе (дисбиозе), причинах его развития, роли в патологии человека, методах его диагностики и коррекции.

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

* 1. Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюнных желез. Врачебный осмотр полости рта.
  2. Кариес. Этиология и патогенез кариеса зубов. Основные клинические синдромы. Ранняя диагностика и лечение. Принципы профилактики.
  3. Заболевания пародонта, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез. Клинические проявления. Принципы диагностики. Лечение. Профилактика заболеваний у детей и взрослых.
  4. Злокачественные новообразования полости рта. Рак губы. Клиническая картина. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов.

1. **Пульмонология и аллергология.**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом пульмонологческого профиля.
   2. Бронхиальная астма. Современная классификация. Противовоспалительная терапия. Принципы подбора терапии. Современные средства доставки лекарственных препаратов. Астматический статус. Принципы неотложной терапии. Дифференциальный диагноз бронхообструктивного синдрома.
   3. ХОБЛ. Этиология. Патогенез.Клиническая кратина. Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения больных. Современная медикаментозная терапия. Кислородотерапия.
   4. Дифференциальный диагноз синдрома кашля, одышки, кровохарканья, гипервоздушности легких, легочного уплотнения. Синдром апноэ во сне.
   5. Острые респираторные заболевания
   6. Пневмонии. Этиопатогенез. Современная классификация. Особенности клинической картины и течения в зависимости от возраста и сопутствующий патологии. Терапия
   7. Интерстициальные заболевания легких. Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Саркоидоз.
   8. Лекарственные поражения легких
   9. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
   10. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
   11. Легочное сердце. Этиология, патогенез, классификация. Острое легочное сердце, варианты хронического легочного сердца, стадии. Лечение хронического легочного сердца, особенности лечения в поликлинике. Профилактика легочного сердца, прогноз, реабилитация, МСЭ
   12. Заболевания плевры. Плевриты. Этиопатогенез. Классификация, принципы терапии плевритов. Спонтанный пневмоторакс. Тактика ведения больных.
   13. Рак легкого. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Современные принципы терапии.
   14. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом аллергологического профиля.
   15. Общая аллергология. Стандарты диагностики и терапии аллергических заболеваний. Поллиноз. Круглогодичный аллергический ринит. Клиническая картина. Современные методы диагностики. Специфическая иммунотерапия.
   16. Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Атопический дерматит. Классификация. Клиническая картина. Принципы наружной терапии.
   17. Неотложная терапия аллергических заболеваний. Анафилактический шок.
   18. Хроническая идиопатическая крапивницаи отек Квинке.Этиопатогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Современные принципы терапии.
   19. Лекарственная аллергия. Лекарственные средства как аллергены, гаптены. Типы аллергических реакций. Основные признаки лекарственной аллергии. Антигенспецифическая диагностика аллергии. Перекрестные свойства некоторых лекарственных препаратов. Профилактика лекарственной аллергии. Алгоритм лечения острых проявлений лекарственной аллергии.
   20. Особые варианты: СКВ-подобный синдром, синдром Лайела, синдром Стивена-Джонсона, некротическо-язвенные формы васкулитов, сывороточная болезнь и сывороточноподобный синдром. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз. МСЭ.
   21. Пищевая аллергия. Инсектная аллергия Пищевые продукты как аллергены и как инициаторы псевдоаллергических реакций, клинические формы пищевой аллергии. Диагностика. Лечение. Элиминационные диеты. Прогноз. Профилактика.
   22. Инсектная аллергия. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности лечения исектного шока. Прогноз. Профилактика.
2. **Заболевания мочевыделительной системы.**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом нефрологического профиля.
   2. Синдромы в нефрологии: дизурия , мочевой синдром, недержание мочи и другие нарушения функции мочевого пузыря, нарушение половой функции, нефритический синдром, нефротический синдром, отечный синдром
   3. Понятие о ХПБ как наднозоологической форме.Классификация ХБП. Общие положения Российских рекомендаций по диагностике и лечению ХБП.
   4. Острый пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
   5. Хронический пиелонефрит. Принципы ведения больных врачом общей практики.
   6. Острый и хронический цистит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Терапия.
   7. Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Принципы неотложной терапии.
   8. Амилоидоз почек.
   9. Острый гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.
   10. Хронический гломерулонефрит. Диагностика. Тактика врача общей практики.
   11. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Принципы диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Заболевания яичек и мошонки. Мужское бесплодие.
   12. Рак почки и мочевого пузыря.
   13. Острое повреждение почек. Этиопатогенез. Тактика врача общей практики.
   14. Хроническая почечная недостаточность. Классификация. Принципы терапии

1. **Гематология**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом гематологического профиля.
   2. Анемии. Этиопатогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика анемий. Тактика ведения больных. Железодефицитные анемии. Острая постгеморрагическая анемия. В-12 и фолиево-дефицитная анемия. Клиника. Диагностика. Принципы терапии и профилактики. Гемолитические анемии. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
   3. Геморрагические диатезы. Тромбоцитопении. Тромбоцитопатии. Коагулопатии.Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
   4. Агранулоцитоз. Диагностика. Принципы терапии. Цитопении, лейкемоидные реакции, эритроцитозы. Дифференциальный диагноз.
   5. Хронические лимфопролиферативные заболевания. Хронический лимфолейкоз. Киническая картина. Дифференциальная диагностика. Современные методы терапии. Волосатоклеточный лейкоз.
   6. Множественная миелома. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии
   7. Острые лейкозы. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Вопросы дифференциальной диагностики. Современные методы терапии.
   8. Злокачественные лимфомы. Неходжскинские лимфомы. Лимфогранулематоз. Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий
2. **Эндокринология**
   1. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом эндокринологического профиля.
   2. Сахарный диабет. Этиопатогенез. Классификация. Осложнения. Современной представление о лечении больных сахарным диабетом 1 и 2 типов.
   3. Заболевания щитовидной железы. Тиреотоксический синдром. Гипотиреоз. Диффузный и узловой нетоксический зоб. Тиреоидиты. Тактика ведения больных. Узловые образования щитовидной железы. Тиреотоксический криз. Дифференциальная диагностика. Тактика врача общей практики.
   4. Дислипопротеинемии.Принципы диетотерапии. Медикаментозная терапия. Дифференциальный диагноз синдромом полидипсии, офтальмопатии, полиурии.
   5. Болезни надпочечников, гипофиза, гипоталямуса. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.
   6. Климактерический синдром, ожирение и дефицит веса, гиперпаратиреоз: клиническая картина, основные причины, тактика врача ОВП.
3. **Болезни пожилых в общей врачебной практике.**
   1. Особенности врачебного обследования пожилых и старых пациентов в условиях работы врача общей практики (семейного врача). Структура заболеваемости в пожилом и старческом возрасте.
   2. Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов. Принципы диагностики и лечения.
   3. Особенности заболеваний легких у пожилых пациентов.
   4. Особенности патологии почек у пожилых пациентов.
   5. Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте.
   6. Ревматические заболевания, эндокринная патология у пожилых.
   7. Сочетанная патология внутренних органов у пожилых пациентов. Тактика лечения. Особенности терапии.
4. **Профессиональные, инфекционные болезни и туберкулез в общей врачебной практике.**
   1. Вирусные и бактериальные воздушно-капельные инфекции. Этиология, патогенез, эпидемиология, клинические проявления, диагностика, принципы лечения и профилактики. Противоэпидемические мероприятия. Показания к госпитализации. Детские воздушно-капельные инфекции. Сроки вакцинации и ревакцинации.
   2. Кишечные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, принципы лечения. Показания к госпитализации. Противоэпидемические мероприятия. Тактика ведения реконвалесценции. Диспансеризация.
   3. Вирусные гепатиты. Эпидемиология. Диагностика, тактика ведения. Лечение в стадии реконвалесценции. Диспансерное наблюдение.
   4. Особо опасные инфекции. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при подозрении на эти заболевания. Наблюдение за реконвалесцентами.
   5. Малярия. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
   6. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические проявления. Диагностика. Эпидемиология. Тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении вирусоносителей и больных.
   7. Глистные и паразитарные заболевания. Группы риска. Клинические проявления, принципы диагностики, лечение. Профилактика.
   8. Столбняк. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Профилактика.
   9. Лихорадка неясного генеза. Особенности ведения пациентов. Дифференциальная диагностика.
   10. Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции при наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваниях. Неотложные мероприятия при инфекционных заболеваниях.
   11. Организация и содержание работы ВОП по профи­лактике и раннему выявлению туберкулеза при обращаемости, а так же при массовых профилактических осмотрах населения методом туберкулиндиагностики и флюорографии. Диагностические минимумы - обязательный, дополнительный, факультативный. Формирование групп риска по заболеванию туберкулезом.
   12. Милиарный диссеминированный туберкулез легких, инфильтративный туберкулез, казеозная пневмония, туберкулома, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез, туберкулез плевры, диагностика. Тактика врача общей практики.
   13. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, перифериче­ских групп и брыжейки, туберкулез других локализаций (урогенитальный, костей и суставов, глаз, кожи, мозговых оболочек), клиника, диагностика, тактика ВОП.
   14. Основ­ные принципы химиотерапии больных туберкулезом. Реабилитация. Профилактика. МСЭ.
   15. Профессиональные заболевания химической этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   16. Профессиональные заболевания органов дыхания пылевой этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   17. Профессиональные заболевания, обусловленные действием физических факторов. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   18. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Гигиена труда в различных отраслях промышленности. Информированность о профессиях, "угрожаемых профпатологией". Предварительные осмотры, их цели в задачи. Противопоказания к приему на работу с профессиональными вредностями. Периодические осмотры лиц, работающих с профессиональными вредностями.
   19. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении пациентов с профессиональным заболеванием или наличием факторов риска. Взаимодействие со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией
5. **Пациент с нарушениями психики в общей врачебной практике.Медицинская психология в общей врачебной практике.**
   1. Психические свойства личности. Психология здорового и больного человека, психология стареющего человека, психология человека, прекращающего профессиональную деятельность, психология одинокого человека. Особенности психики в детском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых детей.
   2. Личностные особенности и воздействие их на течение соматических заболеваний. Роль психических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.
   3. Психология межличностных отношений, отношений между врачом и пациентом, между пациентом и его родственниками, родителями и детьми. Психологические особенности взаимоотношений врача общей практики с врачами других специальностей. Психология врача.
   4. Основы семейной психологии. Определение понятия "супружеский союз". Психологическая совместимость и несовместимость, супружеское соглашение и ожидание. Жизненный цикл семьи. Типы взаимоотношений членов семьи. Закономерности процесса воспитания ребенка в семье. Функции эмоций в межличностных отношениях в семье. Насилие в семье. Воспитание ребенка в семье. Психология влияния родителей на жизнь семьи детей.
   5. Медицинская деонтология. Элементы медицинской деонтологии. Требования медицинской деонтологии к организации работы врача общей практики (семейного врача). Применение требований медицинской деонтологии и психогигиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимоотношениях врача общей практики (семейного врача) с членами семьи. Определение понятий "этика" и "деонтология";элементы медицинской деонтологии; морально-этические нормы поведения медицинского работника; определение понятия "ятрогенные заболевания"; риск возникновения ятрогенных заболеваний у лиц различного возраста и пола; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний. Психология врача
   6. Организация психиатрической помощи. Медико-социальные, этические и юридические аспекты в психиатрии. Реабилитация и экспертиза трудоспособности больных психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.
   7. Клиническая характеристика основных психопатологических симптомов и синдромов.
   8. Общая характеристика современных принципов и методов лечения психических заболеваний, применяемых при оказании ПМСП врачом общей практики (семейным врачом). Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях, осложняющих течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикоманий. Медицинские показания к госпитализации больных психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.
   9. Шизофрения, клинические варианты. Принципы лечения. Тактика ведения пациентов.
   10. Маниакально-депрессивный психоз. Клинические проявления. Принципы лечения. Тактика ведения больных.
   11. Пограничные состояния. Классификация. Тактика ведения.
   12. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях. Тактика лечения.
   13. Особенности психики в пожилом возрасте и способы коррекции нарушений психики.
   14. Алкоголизм, наркомания, токсикомания: распространенность, клинические проявления, способы лечения, социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике. Абстинентный синдром.
   15. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство. Современные возможности первичной и вторичной профилактики психических заболеваний у взрослых и детей.
6. **Профессиональные болезни в общей врачебной практике.**
   1. Профессиональные заболевания химической этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   2. Профессиональные заболевания органов дыхания пылевой этиологии. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   3. Профессиональные заболевания, обусловленные действием физических факторов. Патогенез. Клиническая картина. Ранняя диагностика. Тактика ведения. Принципы первичной и вторичной профилактики.
   4. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распространенных профессиональных заболеваний. Гигиена труда в различных отраслях промышленности. Информированность о профессиях, "угрожаемых профпатологией". Предварительные осмотры, их цели в задачи. Противопоказания к приему на работу с профессиональными вредностями. Периодические осмотры лиц, работающих с профессиональными вредностями.
   5. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача) при ведении пациентов с профессиональным заболеванием или наличием факторов риска. Взаимодействие со специалистами при оказании медицинской помощи больным с профессиональной патологией

**«Хирургические болезни в общей врачебной практике. Неотложная помощь и сердечно-легочная реанимация в общей врачебной практике.»**

**Хирургические болезни.**

**1. *Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного.***

Понятие «хирургический больной». Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного. Порядок и последовательность обследования хирургического больного. Особенности осмотра хирургического больного. Лабораторные и инструментальные исследования, применяемые у хирургических больных. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом хирургическогоо профиля.

**2. *Вопросы общей хирургии.***

**2.1.** *Асептика и антисептика. Операция.*

Асептика и антисептика.

Предоперационный период. Показания к операции. Подготовка больных к плановым операциям. Операции. Классификация. Послеоперационный период. Наблюдение за оперированными пациентами. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Восстановление трудоспособности.

**2.2.** *Раны. Десмургия.*

Раны. Определение, классификация. Стадии раневого процесса. Виды заживления ран. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран. Профилактика столбняка и бешенства. Методы остановки кровотечения. Дренажи. Виды дренажей. Швы. Классификация швов. Шовный материал. Техника наложения и снятия швов. Десмургия. Виды повязок. Правильность выполнения перевязок.

**2.3.** *Некрозы тканей.*

Ожоги и отморожения. Пролежни. Определение. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Профилактика.

**2.4.** *Онкология.*

Определение онкологических заболеваний. Клиника. «Малые признаки». Предопухолевые заболевания. Методика пальпации молочных желез. Пальцевое ректальное исследование. Методы исследования. Послеоперационное ведение больных. Диспансерное наблюдение. Симптоматическая терапия неоперабельных больных. Купирование болевого синдрома. Психологическая поддержка больных.

**3. О*стрые заболевания органов брюшной полости.***

Понятие «острый живот». Нозологические единицы, входящие в понятие «острый живот». Перитонеальные симптомы. Показания к экстренной госпитализации, порядок транспортировки и предоперационной подготовки. Психологический подход к больному с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика с «нехирургическими» заболеваниями органов брюшной полости.

**3.1*.*** *Острый аппендицит*.

Клиника, варианты клинического проявления. Диагностика острого аппендицита. Дифференциальная диагностика. Атипичное течение аппендицита: ретроцекальный, ретроперитонеальный острый аппендицит. Острый аппендицит у детей. Острый аппендицит у беременных. Лечение острого аппендицита. Послеоперационное ведение больного, оперированного по поводу острого аппендицита. Осложнения послеоперационного периода: их диагностика и лечение. Восстановление и длительность нетрудоспособности.

**3.2.** *Острый холецистит. Механическая желтуха.*

Определение, этиология, патогенез острого холецистита. Классификация. Диагностика острого холецистита. Дифференциальная диагностика острого холецистита. Ведение пациента врачом общей практики: организация лечения в предоперационном периоде и на догоспитальном этапе. Консервативное лечение. Показания к операции. Варианты хирургического лечения. Реабилитация и уход за больными в послеоперационном периоде. Осложнения послеоперационного периода: диагностика и лечение. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Диспансерное наблюдение.

Механическая желтуха. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Показания к операции. Предоперационная подготовка. Варианты хирургического лечения. Ведение послеоперационных больных. Понятие и виды внутрипротоковых дренажей: наблюдение и правила ухода за ними. Реабилитация. Восстановление трудоспособности. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

**3.3.** *Острый панкреатит.*

Определение, этиология, патогенез острого панкреатита. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина острого панкреатита. Диагностика острого панкреатита. Дифференциальная диагностика. Ведение больного на догоспитальном этапе врачом общей практики. Консервативное лечение и показания к оперативному лечению. Оперативное лечение. Ведение больного в послеоперационном периоде: особенности лечения и перевязок в раннем послеоперационном периоде. Реабилитация. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Профилактика острого панкреатита.

**3.4.** *Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта*.

Определение, эпидемиология, статистика, факторы риска. Классификация. Перфоративная язва желудка: определение, клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Транспортировка. Варианты хирургического лечения. Послеоперационное ведение больных.

Кровотечения из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к экстренной госпитализации. Тактика до госпитализации: комплексная гемостатическая терапия, инфузионная терапия, коррекция волемических нарушений. Транспортировка. Эндоскопия. Классификация желудочно-кишечного кровотечения по Forest. Лечебная эндоскопия: варианты лечения. Показания к операции. Варианты операций. Послеоперационное ведение больного. Послеоперационные осложнения: диагностика и лечение. Реабилитация. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности. Профилактика осложнений язвенной болезни.

Другие причины кровотечения и верхних отделов желудочного-кишечного тракта. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Клиническая картина. Диагностика. Тактика до госпитализации. Техника постановки зонда Блэкмора. Лечебная эндоскопия.

**3.5.** *Острая кишечная непроходимость. Ущемленные грыжи.*

Определение, этиология, патогенез острой кишечной непроходимости. Классификация. Клиническая картина. Диагностика острой кишечной непроходимости. Лечение: консервативное лечение. Сифонная клизма: понятие, показания, техника выполнения, осложнения. Показания к операции. Варианты оперативного лечения. Ведение больных в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

Грыжи передней брюшной стенки. Определение, классификация. Анатомия грыж передней брюшной стенки. Клиническая картина. Диагностика. Клиническая картина и диагностика ущемленной грыжи. Другие осложнения грыжи: непроходимость в грыжевом мешке, флегмона грыжевого мешка. Показания к плановым и экстренным операциям. Особенности предоперационной подготовки. Варианты оперативного лечения. Ведение в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Бандажи: виды и показания и правила их использования. Медицинская экспертиза: восстановление и длительность нетрудоспособности.

**4. Некоторые вопросы частной проктологии.**

**4.1.** *Геморрой.*

Определение. Анатомия. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиническая картина острого и хронического геморроя. Кровотечение из геморроидальных узлов. Тактика ведения больных с острым и хроническим геморроем. Консервативное лечение. Лигирование. Склерозирующая терапия. Варианты хирургического лечения. Ведение больного в раннем и позднем послеоперационном периоде. Выполнение перевязок послеоперационных ран. Осложнения геморроя. Осложнения в послеоперационном периоде. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**4.2.** *Трещина заднего прохода.*

Определение. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Варианты клинических проявлений. Классификация. Лечение. Консервативное лечение. Типы хирургических операций. Осложнения. Ведение больных в раннем и позднем послеоперационном периоде. Профилактика осложнений и рецидивов. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**4.3.** *Парапроктит.*

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Варианты клинических проявлений в зависимости от классификации. Диагностика. Лечение. Консервативное лечение в предоперационном периоде. Хирургическое лечение парапроктита. Методика операции. Этапы хирургического лечения. Техника выполнения перевязок. Ведение больного в послеоперационном периоде. Лекарственная терапия. Амбулаторное наблюдение. Осложнения. Течение и прогноз. Профилактика. Возрастные особенности.

**5. *Некоторые вопросы* с*осудистой хирургии.***

**5.1.** *Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.*

Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей. Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Синдром и болезнь Рейно. Острая артериальная непроходимость. Определение. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Особенности клинического проявления у больных сахарным диабетом. Осложнения в ходе клинического течения. Острые состояния при облитерирующих заболеваниях сосудов нижних конечностей. Клиника. Классификация. Лечение облитерирующих заболеваний сосудов. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Типы хирургических операций. Лечение больных после ампутаций конечностей. Лечение и ведение больных с сухой гангреной пальцев стоп. Экстренная и плановая госпитализация больных для хирургического лечения. Купирование болевого синдрома у больных III и IV стадией заболевания. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**5.2.** *Варикозное расширение вен нижних конечностей. Постромбофлебитический синдром.*

Определение. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения в ходе клинического течения. Консервативное лечение. Хирургическое лечение: варианты и техника хирургических операций. Ведение больных в раннем послеоперационном периоде. Осложнения. Склерозирующая терапия. Беременность и варикозная болезнь. Неотложные состояния и купирование на догоспитальном этапе. Профилактика рецидивов.

Тромбофлебит. Определение. Поверхностный тромбофлебит и острый тромбофлебит глубоких вен. Этиология. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Возможные осложнения. Консервативное лечение. Лекарственная терапия. Оперативное лечения. Течение и прогноз.

Посттромбофлебитический синдром. Определение. Этиология. Патогенез. Лечение трофических язв. Техника наложения повязки Унна. Лечение компрессией. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Течение и прогноз.

**6. *Гнойные заболевания.***

**6.1.** *Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит.*

Определение. Этиология. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Варианты клинических проявлений по фазам воспаления. Классификация. Диагностика. Техника выполнения пункций. Дифференциальная диагностика. Возможные осложнения. Консервативное и хирургическое лечение по фазам воспаления. Техника выполнения операций. Техника выполнения перевязок. Промывание гнойных полостей. Смена дренажей. Лекарственная терапия. Лимфотропный метод лечения гнойной хирургической инфекции. Техника выполнения. Показания и противопоказания. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**6.2.** *Панариций. Флегмоны кисти***.** *Рожистое воспаление.*

Определение. Факторы риска. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы раннего активного выявления. Возможные осложнения. Лечение. Лимфотропный способ введения антибиотика. Техника выполнения. Показания и противопоказания. Хирургический метод лечения. Теника выполнения операций. Перевязки в послеоперационном периоде по фазам раневого процесса. Лимфостаз как осложнение рожистого воспаления. Клиника. Этиопатогенез. Лечение. Профилактика. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**6.3.** *Остеомиелит.*

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Различные виды клинических проявлений в зависимости от классификации. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы раннего активного выявления. Возможные осложнения. Лечение по фазам воспалительного процесса. Консервативное лечение. Лекарственная терапия. Хирургическое лечение. Техника выполнения операций. Послеоперационный уход за больным. Техника выполнения перевязок по фазам воспалительного процесса. Профилактика и возможные осложнения. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.

**6.4.** *Острый мастит.*

Определение. Эпидемиология. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение по фазам воспаления. Консервативное лечение. Интрадуктальный метод введения антибиотиков, техника выполнения, показания и противопоказания. Хирургическое лечение. Техника выполнения перевязок. Ведение больных в послеоперационном периоде. Лактостаз. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика. Осложнения острого мастита и острого лактостаза. Течение и прогноз. Советы по кормлению грудью.

Сепсис. Тактика врача общей практики.

**7. Урология**

**7.1.** Почечная колика.Определение. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение: консервативное, малоинвазивные технологии, оперативное. Варианты операций. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

**7.2.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Острая задержка мочи.Определение. Этиология. Классификация. Стадии. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика с раком предстательной железы. Лечение: консервативное, оперативное. Варианты операций. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза.

7.3Острая задержка мочи. Определение. Этиология. Парадоксальная ишурия. Клиническая картина. Диагностика. Лечение: катетеризация мочевого пузыря, троакарная и пункционная эпицистостомия, операции. Послеоперационное ведение больных. Осложнения. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация. Медицинская экспертиза. Фимоз. Парафимоз.

1. **Интенсивная терапия и реанимация**
   1. Неотложная помощь при остановке сердца и дыхания. Терминальные состояния. Причины и диагностика клинической смерти. Рекомендации по легочно-сердечной реанимации. Этапы сердечно-легочной реанимации. Методы очистки верхних дыхательных путей от инородных тел и жидкости. Искусственное дыхание «изо рта в рот», «изо рта в нос». Закрытый массаж сердца. Медикаментозная терапия при остановке сердца. Виды дефибрилляции. Механическая, электрическая, фармакологическая дефибрилляция. Показания. Методы проведения.
   2. Коматозные состояния.Дифференциальный диагноз при коматозных состояниях различного генеза: гипогликемическая кетоацидотическая, гиперосолярная, анемическая, мозговая, печеночная, уремическая, гипохлоремическая комы. Неотложная помощь. Профилактика. Прогноз.
   3. Острые отравления. Отравления снотворными, кислотами, щелочами, ядовитыми грибами, солями тяжелых металлов и другими токсическими соединениями. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Отравления спиртами и алкоголем, алкогольная кома, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь.
   4. Поражение электрическим током, молнией, солнечный, тепловой удар.Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь..Утопление, удушение Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Острые радиационные поражения.Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
   5. Обморок. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая дыхательная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Острая печеночная недостаточность. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Психомоторное возбуждение. Синдром гипертермии. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
   6. Отек легких. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек головного мозга. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Отек гортани. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь. Черепно-мозговая травма. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
   7. Шок (токсический, травматический, геморрагический). Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Неотложная помощь.

**«Основы травматологии и ортопедии в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

1. Травматология и ортопедия (определение специальности). Организация травматолого-ортопедической службы. Принципы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных. Принципы санаторно-курортного лечения. История травматологии и ортопедии. Определение основных понятий: травма (изолированная, множественная, сочетанная, комбинированная), травматизм, классификация переломов. Клиническая и ретгенологическая диагностики переломов. Стандарты в травматологии
2. Консервативные и оперативные методы лечения переломов: гипсовые повязки, скелетное вытяжение, погружной и внеочаговый остеосинтез, эндопротезирование тазобедренного сустава. Показания и противопоказания, осложнения при различных методах лечения. Особенности амбулаторного ведения больных в зависимости от вида остеосинтеза или способа консервативного лечения. Ушибы, раны, вывихи, трещины. Врачебная тактика. Неотложная помощь.
3. Частная травматология. Переломы костей верхних и нижних конечностей, таза, позвоночника: особенности диагностики и выбора способа лечения. Переломы проксимального отдела бедренной кости: диагностика на амбулаторном этапе, своевременное оперативное лечение, послеоперационное ведение на амбулаторном этапе. Повреждения коленного сустава: особенности клинической, рентгенологической и инструментальной диагностики, выбор способа лечения, понятие об артроскопии, особенности послеоперационного периода и реабилитации.
4. Термические поражения. Термические ожоги: особенности строения и физиологии кожи человека, этиология и патогенез ожоговых ран, определения площади и глубины поражения, ожоговая болезнь; показания к стационарному и амбулаторному лечению, местное лечение ожоговых ран, оперативное лечение ожоговых ран, лечение ожоговой болезни. Местные поражения холодом: этиология и патогенез, первая помощь, принципы лечения.
5. Последствия повреждений: ложные суставы, посттравматические деформации и укорочения, артрогенные контрактуры.
6. Детские ортопедические заболевания. Врожденная косолапость: этиология, патогенез, диагностика, выбор способа лечения в зависимости от возраста. Мышечная кривошея: этиология, патогенез, диагностика, выбор способа лечения в зависимости от возраста. Врожденный вывих бедра (дисплазия тазобедренных суставов): этиология, патогенез, ранняя диагностика, тактика лечения в зависимости от своевременности диагностики. Сколиозы: классификация, этиология и патогенез, клиническая картина и особенности лечения в зависимости от стадии. Остеохондропатии: понятие, этиология, стадии процесса. Наиболее часто встречающиеся остеоходндропатии (болезнь Пертеса, болезнь Шойермана-Мау, белезнь Осгуд-Шлаттера, болезнь Кенига, болезнь Келлера I и II)
7. Дегенеративно–дистрофические поражения крупных суставов: этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика. Стадии деформирующего артроза, клиническая и рентгенологическая картина в зависимости от стадии. Консервативное и оперативное лечение. Эндопротезирование крупных суставов, особенности послеоперационного ведения больных на амбулаторном этапе.
8. Дегенеративно–дистрофические поражения позвоночника: этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины остеохондроза в зависимости от локализации процесса, типичные симптомокомплексы для остеохондроза шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника. Консервативное и оперативное лечение. Консервативное лечение больных на амбулаторном этапе.
9. Остеопороз. Классификация, этиология и патогенез. Диагностика, в том числе лабораторная и инструментальная. Частные варианты: стероидный остеопороз, гиперпаратиреоидная остеодистрофия). Особенности лечения переломов на фоне остеопороза. Профилактика и лечение остеопороза в постменопуазальном периоде и старческом возрасте, профилактика переломов.

**«Акушерство и гинекология в общей врачебной практике.»**

**1. Акушерство**

1.1. Организация работы акушерской и гинекологической службы в офисе врача общей практики. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом акушерского и гинекологическогоо профиля. Основные показатели работы. Методы

обследования и диспансеризации беременных, группы высокого риска

по развитию осложнений беременности. Показания к госпитализации.

1.2. Диагностика беременности. Признаки беременности (сомнительные,

вероятные, достоверные), лабораторные методы диагностики

беременности (гормональный метод). Способы определения срока

беременности (календарный, ультразвуковое исследование, наружное

акушерское исследование).

Методы обследования беременных: наружное акушерское исследование

(приемы Леопольда-Левицкого, измерение наружных размеров

большого таза, способы вычисления истинной акушерской конъюгаты,

аускультация сердечных тонов плода), влагалищное исследование.

Оценка состояния внутриутробного плода: ультразвуковое исследование,

биохимические маркеры (современные скрининговые сроки

обследования), кардиотокография, инвазивные методы диагностики

(амниоцентез, хорионбиопсия, кордоцентез, амниоскопия).

1.3. Ранний токсикоз беременных: классификация (часто и редко

встречающиеся формы), этиопатогенез, клиника. Тактика ведения

беременных с различными формами раннего токсикоза

(немедикаментозные и медикаментозные методы лечения).

Показания к прерыванию беременности.

1.4. ОПГ-гестоз: современная классификация, этиология, патогенез. Понятие

«претоксикоз» (доклиническая стадия гестоза).

Клиническая картина и патогенетически обоснованная терапия

различных стадий ОПГ-гестоза. HELLP-синдром: критерии диагностики.

Показания к досрочному родоразрешению. Неотложная помощь при

тяжелых формах гестоза (преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром).

Профилактика развития тяжелых форм гестоза у беременных группы

высокого риска.

1.5. Кровотечения во время беременности: основные причины

(самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, предлежание

плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной

плаценты, трофобластическая болезнь, шеечно-перешеечная

беременность, разрывы матки), клиническая картина,

дифференциальная диагностика. Тактика ведения и неотложная помощь.

1.6. Кровотечения в родах и в раннем послеродовом периоде. Наиболее

частые причины (предлежание плаценты, преждевременная отслойка

нормально расположенной плаценты, аномалии прикрепления плаценты,

разрывы матки, травымы родовых путей, гипо- и атонические

кровотечения, коагулопатии), клиника, оценка объема кровопотери,

неотложная помощь. Комплекс мероприятий по профилактике

кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

1.7. Материнский травматизм: причины, классификация по локализации

(гематомы и разрывы слизистой оболочки вульвы и влагалища, разрывы

промежности, разрывы шейки матки, разрывы матки, выворот матки,

расхождение и переломы костей малого таза), по степени (объему)

повреждения. Сроки и методы диагностики, тактика ведения и

профилактика.

1.8. Физиологические роды: понятия «физиологический и патологический

прелиминарный период», «подготовительный период». Современные

представления о причинах начала родов. Клиника, принципы ведения

родов. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления.

1.9. Физиологический послеродовый период. Понятия «ранний и поздний

послеродовый период». Инволюционные изменения в основных

системах женского организма. Функция молочных желез

в послеродовом периоде (характеристики молозива, становление

лактации, методы борьбы с лактостазом). Особенности обследования

родильниц: динамика показателей клинического анализа крови,

микробиологическопическое обследование, бимануального

исследования, параметров УЗИ органов малого таза в норме. Группы

риска по развитияю гнойно-септических осложнений в послеродовом

периоде. Место гистероскопии и компьютерной томографии в

диагностике послеродовых гнойно-септических заболеваний.

1.9. Физиология и патология периода новорожденности. Оценка состояния

новорожденного по шкале В.Апгар. Признаки доношенного,

недоношенного и переношенного плода.Транзиторные состояния

новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития плода

(СЗРП): причины, методы анте- и постнатальной диагностики,

профилактика.

1.10. Беременность и роды у пациенток с врожденными и приобретенными

пороками сердца, с оперированным сердцем. Особенности ведения

беременности, сроки и цель плановых госпитализаций. Группы риска по

неблагоприятному исходу беременности по Л.В.Ваниной. Показания к

досрочному родоразрешению. Показания к оперативному

родоразрешению (акушерские щипцы, кесарево сечение). Особенности

ведения родов и послеродового периода.

1.11. Беременность и роды при гипертонической болезни. Наиболее частые

осложнения беременности и родов у пациенток с данной патологией.

Сроки и цели плановых госпитализаций беременных с гипертонической

болезнью. Группы риска по неблагоприятному исходу беременности

по Л.В.Ваниной. Дифференциальная диагностика с ОПГ-гестозом.

Особенности ведения родов через естественные родовые пути,

показания к досрочному и оперативному родоразрешению. Ведение

послеродового периода.

1.12. Беременность и роды при заболеваниях почек. Клиника,

диагностика, тактика ведения беременности и родов у пациенток с

гестационным пиелонефритом, хроническим пиелонефритом,

мочекаменной болезнью, хроническим гломерулонефрито.

Медицинские показания к прерыванию беременности.

1.13. Беременность и роды при заболеваниях печени: холестатический гепатоз

беременных, острый жировой гепатоз беременных, вирусные гепатиты,

цирроз печени. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз,

акушерская тактика. Острая печеночная недостаточность: причины,

клиника, диагностика, акушерская тактика, профилактика.

1.14. Беременность и роды при сахарном диабете 1 и 2 типа, при гестационном

диабете. Особенности течения основного заболевания при беременности,

осложнения беременности на фоне диабета, тактика ведении беременности и

родов у пациенток данной группы. Сроки плановых госпитализаций

при беременности, показания к прерыванию беременности у пациенток

с сахарным диабетом. Сроки планового родоразрешения, показания к

досрочному родоразрешению. Особенности течения и ведения

послеродового периода у родильниц с сопутствующим диабетом.

1.15. Беременность и роды при бронхиальной астме. Особенности течения

бронхиальной астмы при беременности, осложнения беременности и родов

на фоне бронхиальной астмы. Методы диагностики. Акушерская тактика при

беременности и в родах. Ведение послеродового периода у родильниц с

бронхиальной астмой.

1.16. «Острый живот» в акушерстве. Острый аппендицит, острый холецистит,

перекрут ножки опухоли яичника, нарушение питания миоматозного узла,

острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, перфорация язвы

желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности клинической картины

при беременности, диагностика, хирургическая и акушерская тактика, место

симультанных операций при лечении беременных с острой хирургической

патологией. Профилактика осложнений острых заболеваний органов

брюшной полости у беременных.

**2. Гинекология**

2.1. Методы обследования гинекологических больных. Основные принципы

проведения профилактических осмотров с целью раннего выявления

онкологической патологии. Показания для госпитализации

гинекологических больных.

2.2. Регуляция функции яичников. Репродуктивная система как пример

функциональной системы, иерархический принцип организации

гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, пять уровней регуляции.

Биосинтез гормонов и их биологическое действие.

2.3. Гормональная недостаточность функции яичников. Принципы

диагностики: «симптом-синдром-болезнь». Нормогонадотропная

недостаточность функции яичников. Причины: ожирение, синдром

поликистозных яичников, надпочечниковая гиперандрогения,

первичный гипотиреоз, сахарный диабет 1 и 2 типа, аутоиммунный

оофорит, хронический аднексит, генитальный эндометриоз. Тесты

функциональной диагностики. Ультразвуковое наблюдение за ростом

фолликула и формированием желтого тела в яичниках. Определение

прогестерона в периферической крови во вторую фазу менструального

цикла.

2.4. Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном

(пубертатном), репродуктивном и в перименопаузальном периодах.

Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение:

немедикаментозные, медикаментозные (негормональные и

гормональные) методы. Показания к хирургическому гемостазу.

Профилактика рецидивов.

2.5. Предменструальный синдром (ПМС). Современные представления об

этиопатогенезе. Клинические формы ПМС. Степени тяжести. Методы

лечения ПМС (негормональные и гормональные).

2.6. Нормальный микробиоценоз влагалища: состав нормальной

микрофлоры в репродуктивном возрасте. Защитные специфические и

неспецифические факторы.

2.7. Бактериальный вагиноз: критерии диагностики, принципы лечения и

профилактики.

2.8. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов:

этиология, клиника, топическая классификация (вульвиты,

бартолиниты, кольпиты, цервициты). Методы диагностики. Принципы

терапии.

2.9. Воспалительные заболевания верхнего отдела половых органов

(воспалительные заболевания органов малого таза - ВЗОМТ): этиология,

клиническое течение (острое, подострое, хроническое), локализация

(эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, периметрит, параметрит,

пельвиоперитонит). Особенности лечения воспалительных заболеваний

в острой и хронической стадии. Показания к хирургическому лечению.

Осложнения и исходы ВЗОМТ.

2.10. Эктопическая (внематочная) беременность. Этиология. Классификация.

Диагностика прогрессирующей и нарушенной внематочной

беременности по типу трубного аборта и по типу разрыва трубы

(объективные, лабораторные и инструментальные методы

обследования). Дифференциальная диагностика. Ведение

послеоперационного периода. Профилактика эктопической

беременности.

2.11. Бесплодный брак. Понятие «бесплодие», классификация. Женское

бесплодие: причины (трубно-перитонеальное бесплодие, эндокринное

бесплодие, цервикальное бесплодие, бесплодие, обусловленное

патологией матки, эндометриоз, иммунологическое бесплодие),

алгоритм обследования. Принципы лечения (консервативные и

хирургические методы). Вспомогательные репродуктивные технологии.

2.12. Миома матки. Этиология. Классификация. Клиника различных форм

миомы матки. Консервативная терапия (прогестины, эстроген-

гестагенные препараты, антипрогестагены, антиэстрогены,

антигонадотропины, агонисты гонадотропин-релизинг гормона).

Показания к оперативному лечению.

2.13. Эндометриоидная болезнь. Современные представления об

этиопатогенезе. Классификация (генитальный внутренний и наружный,

экстрагенитальный). Клиническая картина разных форм эндометриоза.

Консервативная терапия (гормональная терапия, гепатопротекторы,

иммуномодулирующая терапия). Показания к оперативному лечению.

2.14. Опухоли яичников. Факторы риска развития опухолей яичников.

Этиопатогенез. Классификация (доброкачественные, пограничные и

злокачественные; гистологическая классификация). Современные

методы диагностики опухолей яичников (УЗИ, допплерометрия, КТ,

ЯМР-томография, эндоскопический метод, определение опухолевых

маркеров, гистологическое исследование). Дифференциальная

диагностика (хронические воспалительные процессы в придатках

матки, миома матки, заболевания почек, заболевания желудочно-

кишечного тракта, болезни позвоночника). Осложнения опухолей

яичников (разрыв капсулы, перекрут ножки, присоединение вторичной

инфекции, озлокачествление). Принципы лечения опухолей яичников.

2.15. Доброкачественные состояния шейки матки. Рак шейки матки.

Факторы риска развития рака шейки матки. Место папилломавирусной

инфекции в этиопатогенезе рака шейки матки. Классификация.

Методы диагностики (исследование в зеркалах, кольпоскопия простая и

расширенная, онкоцитологическое исследование, гистологическое

исследование). Основные принципы лечения доброкачественных

процессов и рака шейки матки. Значение профилакитческих осмотров

в ранней диагностике рака шейки матки.

2.16. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия.

Патогенетические варианты и факторы риска развития заболевания

(гормонзависимая и автономная формы). Ранние клинические

проявления. Методы диагностики (УЗИ, цитологическое исследование

аспирата из полости матки, гистологическое исследование,

гистероскопия). Принципы лечения гиперпластических процессов и

рака эндометрия.

2.17. Современные методы контрацепции (барьерные, гормональные,

внутриматочные контрацептивы). Особенности контрацепции после

аборта. Послеродовая контрацепция. Принципы консультирования по

вопросам планирования семьи. Критерии выбора и категории

приемлемости методов контрацепции по рекомендациям ВОЗ.

2.18. Климактерический синдром. Определение. Понятия «менопауза, пре-и

постменопауза, перименопауза», «преждевременная, ранняя и

индуцированная менопауза». Классификация климактерических

проявлений (ранние, средневременные и поздние). Степени тяжести

климактерического синдрома. Диагностика. Негормональные методы

лечения. Гормональная заместительная терапия (ГЗТ): показания,

противопоказания, основные принципы ГЗТ и группы препаратов.

Факторы риска развития остеопороза (модифицируемые и

немодифицируемые).

**«Болезни детей и подростков в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

1. Вскармливание детей первого года жизни.
   1. Основные пищевые вещества и их значение для детского организма.
   2. Питание беременных женщин и кормящих матерей.
   3. Грудное вскармливание. Анатомия грудной железы. Состав женского молока. Значение грудного вскармливания для ребенка и для матери.
   4. Гипогалактия. Характеристика современных адаптированных молочных смесей.
   5. Правила введения прикормов.
   6. Питание детей от 1 года до 3 лет.
   7. Питание детей при алиментарно – зависимых состояниях.
   8. Стандарты в педиатрии
2. Рахит и рахитоподобные заболевания. Метаболизм витамина D в организме ребенка. Источники витамина D в питании детей. Группы риска рахита. Диагностические критерии. Клиническое течение заболевания. Лечебные схемы, выбор препаратов и реабилитационного комплекса. Дифференциальный диагноз рахита. Профилактика рахита.
3. Дефицитные состояния: гипо- и паратрофии. Предрасполагающие факторы. Группы риска дефицитных состояний. Этиология. Классификация по степени тяжести. Клинические варианты течения. Лечение нарушений питания. Основы ухода и диетотерапии. Профилактика. Железодефицитная анемия как наиболее распространенный микроэлементный дефицит. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Ожирение. Нарушение полового созревания.
4. Болезни почек у детей. Анатомо-физиологические особенности мочевыводящей системы у детей. Острые гломеролунефриты. Хронические гломерулонефриты. Нефротический синдром. Интерстициальный нефрит. Дисметаболические нефропатии. Пиелонефрит: клиника, диагностика, лечение, профилактика рецидивов и осложнений. Инфекции мочевыводящих путей. Циститы. Основные лекарственные препараты и немедикаментозные методы. Хроническая почечная недостаточность.
5. Пневмония у детей. ОРВИ, диагностика и лечение. Бронхиты у детей.
   1. Актуальность проблемы. Морфофункциональные особенности бронхолегочной системы в детском возрасте. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний органов дыхания. Определение пневмонии. Патогенез пневмонии. Дыхательная недостаточность. Общая симптоматика пневмонии. Особенности клинической картины пневмоний различной этиологии: пневмококковая пневмония, стафилококковая пневмония, стрепотококковая пневмония, микоплазменная пневомния, хламидийная пневмония. Противовоспалительная терапия, покзания к антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия.
   2. Этиология бронхитов. Классификация бронхитов. Особенности современного течения бронхитов. Вирусные бронхиты. Бактериальные бронхиты. Бронхиты микоплазменной этиологии. Лечение бронхитов. Современный взгляд на проблему табакокурения.
   3. Острые респираторные инфекции. Грипп. Респиарторно – синцитиальная инфекция. Аденовирусная инфекция. Этиология, патогенез, клиника. Осложнения ОРВИ. Лечение респираторных инфекций. Показания к антибиотикотерапии при ОРВИ. Симптоматическая терапия.
6. Аллергические заболевания у детей.
   1. Определение атопического дерматита. Факторы риска. Классификация атопического дерматита. Патогенез. Клинические формы атопического дерматита. Примеры диагноза. Диагностика атопического дерматита. Индекс SCORAD. Дифференциальная диагностика атопического дерматита. Общие принципы лечения.
   2. Бронхиальная астма. Определение бронхиальной астмы. Эпидемиология. Этиология и патогенез бронхиальной астмы. Классификация бронхиальной астмы. Диагностика бронхиальной астмы. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы. Базисная терапия. Принципы терапии в приступном периоде бронхиальной астмы. Особенности течения бронхиальной астмы у детей до 1 года. Реабилитация детей с бронхиальной астмой.
   3. Аллергический ринит. Определение аллергического ринита. Этиология, патогенез аллергического ринита. Классификация аллергического ринита. Клинико – лабораторные критерии диагностики аллергического ринита. Принципы терапии аллергического ринита. Показания для специфической иммунотерапии.
7. Детские инфекционные заболевания. Вакцинация детей.
   1. Ветряная оспа. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии
   2. Корь. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии. Краснуха. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии
   3. Эпидемический паротит. Эпидемиология, патогенез, клиника, принципы терапии.
   4. Классификация вакцин. Живые вакцины. Инактивированные вакцины. Химические вакцины. Рекомбинантные вакцины. Механизмы поствакцинального иммунитета. Неблагоприятные события в поствакинальном периоде, рекомендованные ВОЗ. Хранение и транспортировка вакцин. Противопоказания к
   5. вакцинации. Национальный календарь прививок.
   6. Острые кишечные инфекции у детей. Лечение и наблюдение при ОКИ
   7. Эпидемиология острых кишечных инфекций у детей. Дизентерия. Сальмонеллезы. Кишечные расстройства при вирусных инфекциях. Кишечные коли – инфекции. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
8. Миокардиты у детей. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Предрасполагающие факторы. Группы риска. Этиология. Классификация по степени тяжести. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Функциональные шумы сердца. Механизмы акустических феноменов. Частотная характеристика. Показания к повторным диагностическим манипуляциям. Нейроциркуляторные дистонии. Определение. Патогенез. Группы риска. Клинические варианты течения. Лечебные мероприятия. Профилактика.
   1. Заболевания органов пищеварения. Заболевания желчевыделительной системы. Гельминтозы у детей.
   2. Заболевания пищевода. Гастроэзофагальная рефлюксная бмлезнь. Распространенность ГЭРБ. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Диагноз. Лечение. Пилороспазм и пилостеноз
   3. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит и гастродуоденит. Распространенность, этиология, патогенез. Варианты хронических гастритов: Нр –ассоцированный гастрит, аутоиммунный гастрит, гастрит С. Патоморфология хронического гастрита. Классификация гастритов «Сицилийская система». Клиническая картина. Диагноз. Принципы эрадикационной терапии. Диспансерное наблюдение.
   4. Язвы желудка и двенадцатиперсной кишки. Распрстраненность. Этиология. Патогенез. Агрессивные факторы. Защитные факторы. Классификация язвенной болезни у детей. патоморфология. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Осложнения.
   5. Заболевания желчевыделительной системы. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагноз. Схема лечения основных форм дискинезии.
   6. Аскаридоз. Токсокароз. Лямблиоз. Энтеробиоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение. Заболевания тонкой и толстой кишки. Особенности клинической картины СРК у детей.
9. Энзимопатии. Галактоземия. Гликогенозы. Фруктоземия. Гликолипидозы: болезнь Гоше, болезнь Тея-Сакса, болезнь Нимана-Пика. Медико-генетическое консультирование. Генетическое тестирование на наиболее распространенные заболевания. Этиология муковисцидоза. Клинические варианты течения. Современные подходы к терапии. Профилактика. Распространенность целиакии. Возможности диагностики. Группы высокого риска. Разработка диеты.
10. Неотложные сотояния в педиатрии. Внезапная смерть ребенка.
11. Наследственная патология: муковисцедоз, синдром Марфана, болезнь Дауна. Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика. Ювенильный хронический артрит. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Панкреатит у детей. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.
12. Анемии, гемобластозы, цитопении и лейкемоидные реакции, геморргагические синдромы и тромбофилии. Клиника. Тактика врача общей практики.
13. Заболевания щитовидной железы. Сахарный диабет. Особенности клинической картины и врачебной тактики у детей.

**«Болезни нервной системы в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

1. II , III ,IV ,VI пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Содружественные движения глазных яблок. Вегетативная иннервация глазных яблок, симптомы поражения .
2. V ,VII пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Невралгия тройничного нерва. Невропатия лицевого нерва.
3. VIII , IX, X , XI, XII пары черепных нервов. Анатомия, методы обследования, симптомы поражения. Бульбарный, псевдобульбарный синдромы.
4. Произвольные движения и их расстройства. Пирамидная система, корково-мышечный путь. Парезы и параличи. Отличие центрального и периферического паралича.
5. Мозжечок и экстрапирамидная система. Методы обследования, симптомы их поражения.
6. Общая чувствительность. Анатомия, симптомы нарушения, методы исследования.
7. Высшие мозговые функции. Речь, ее нарушения. Гнозис, его расстройства. Праксис и его нарушения. Память и симптомы поражения. Симптомы нарушения сознания. Мышление и его расстройства.
8. Острые нарушения мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Травматические поражения головного мозга
9. Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Деменция. Врачебная тактика.
10. Дегенеративно-дистрофические нарушения позвоночника. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Спондилогенные радикулиты, миофасциальный синдром.
11. Эпилепсия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Современные противоэпилептические препараты. Эпилептический статус, купирование эпилептического статуса.
12. Менингиты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
13. Заболевания периферической нервной системы- невриты, плекситы. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники. Роль электронейромиографии в диагностике плекситов, невритов. Современные аспекты лечения.
14. Полиневриты. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
15. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.
16. Опухоли головного мозга. Классификация, клиника , диагностика, лечение.
17. Неврологические расстройства при сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы. Инфекционные болезни нервной системы. Токсическое поражение нервной системы. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Дифференциальный дианоз синдромов: головная боль, головокружение, расстройства сна и бодрстовавания, лицевая боль, онемение лица, гиперкинезы, нарушения сознания. Врачебная тактика.
19. Порядок и стандарты оказания помощи пациентом неврологического профиля.

**«Болезни уха, горла, носа в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

1.Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)

1.1Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с терапевтической патологией.

1.2.Распространенность ЛОР-заболеваний

1.3.Методы осмотра ЛОР-органов

2.Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов

2.1 Клиническая анатомия уха

2.2Физиология слухового анализатора

2.3.Методы исследования слуха

2.4Физиология вестибулярного анализатора

2.5Методы исследования вестибулярного анализатора

3.Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача

3.1Заболевания наружного уха

3.2Острый средний отит. Боль в ухе – дифференциальный диагноз.

3.3.Мастоидит

4. Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача

4.1Хронические отиты

4.2Отогенный менингит

4.3 Отогенные абсцессы мозга

4.4 Отогенный тромбоз сигмовидного синуса

5. Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)

5.1Отосклероз

5.2Болезнь Меньера, клиника, диагностика и лечение

5.3Нейросенсорная тугоухость ,клиника, диагностика, лечение, слухопротезирование.

6. Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки.

6.1 Клиническая анатомия и физиология носа.

6.2Острый ринит; клиника, диагностика, лечение.

6.3 Хронические риниты Классификация, клиника, диагностика, лечение,

6.4. Носовые кровотечения и методы их остановки: передняя и задняя тампонады носа

7. Воспалительные забо­левания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах.

7.1 Острый и хронический гайморит

7,2 Острый и хронический этмоидит

7.3 Острый и хронический фронтит

7.4 Острый и хронический сфеноидит

8. Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных за­болеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болез­ней

8.1 Первичные вторичные ангины. Боль в горле – дифференциальный диагноз

8.2 Специфические поражения глотки (сифилис, туберкулез ,СПИД)

8.3 Хронический тонзиллит

8.4 Паратонзиллярный абсцесс

8.5 Метатонзиллярные осложнения

9. Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларин­гиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гор­тани.

9,1 Острые и хронические ларингиты. Ложный круп.

9.2 Гортанная ангина

9.3 Острые и хронические стенозы гортани

9.4 Рак гортани

10. Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищепроводных и воздухоносных путей.

10.1 Инородные воздухоносных путей. Трахеотомия, коникотомия, интубация

10.2 Инородные пищепроводных путей. Диагностика. Эзофагоскопия.

10.3 Химические ожоги пищевода

**«Болезни глаз в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

1. Клиническая анатомия и физиология органа зрения. Значение знаний анатомии в клинической практике офтальмолога.
2. Методики исследований органа зрения.
   1. Исследование остроты зрения, в том числе с помощью проектора испытательных знаков. Оз­накомление с компьютерной периметрией. Исследование бинокулярного зрения. Исследование цветоощущения с помощью таблиц Рабкина и таблиц Юстовой.
   2. Исследование клинической рефракции и аккомодации глаза (субъективный метод, скиаскопия, ознакомление с рефрактометром, в том числе авторефрактометром, диоптриметром).
   3. Исследование в фокальном освещения. Исследование в прохо­дящем свете. Офтальмоскопия (прямая, обратная). Ознакомление с биомикроскопней, гониоскопией, диафаноскопией, экэофтальмометрией.
   4. Исследование слезопродукции и слезоотведения. Понятие о гидродинамике глаза (тонометрия, тоно­графия).
   5. Исследование глазодвигательного аппарата (определение угла косоглазия, подвижности глазного яблока).
3. Диагностика заболеваний и повреждений глазниц
4. Правила и способы оптической коррекции зрения.
   1. Правила назначения очков и выписки рецептов на очковые линзы при аметропии, астигматизме, анизометропии, пресбиопии.
   2. Контактная коррекция зрения. Показания.
   3. Хирургические методы коррекции рефракции (кератотомия, Lasik).
5. Миопическая болезнь. Патогенез, диагностика, методы консер­вативного и хирургического лечения.
6. Патология глазодвигательного аппарата глаза.
   1. Содружественное и паралитическое косоглазие. Методы исследования и лечения.
7. Заболевания вспомогательного аппарата глаза.
8. Патология век. Аномалии развития. Блефарит. Ячмень. Халязион. Абсцесс. Нарушение положения век (лагофтальм, эктропион, птоз). Клиника, лечение.З
9. Заболевания конъюнктивы
   1. Общая семиотика конъюнктивитов. Особенности клинических про­явлений и диагностика различных конъюнктивитов (бактериальных, вирусных, аллергических). Принципы лечения. Хронический конъюнктивит и его лечение.
   2. Трахома и паратрахома. Этиология, патогенез, методы диагнос­тики, клиника, принципы лечения, осложнения и последствия.
   3. Дистрофические изменения конъюнктивы. Пингвекула,
   4. птеригиум.
10. Заболевания слезных органов.
    1. Дакриоаденит острый и хронический. Синдром Микулича, синдром Сьегрена. Этиопатогенез, клиника, лечение.
    2. Сужение и дислокация слезных точек. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
    3. Хронический дакриоцистит. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения, осложнения.
    4. Острый дакриоцистит (флегмона слезного мешка). Клиника, методы лечения.
11. Заболевания орбиты.
    1. Абсцесс и флегмона орбиты. Этиология, патогенез, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
    2. Тромбофлебит орбитальных вен и тромбоз пещеристой пазухи.  
       Пульсирующий экзофтальм.
12. Хроническое пролиферативное воспаление (псевдотумор).
13. Энуклеация, эвисцерация, экзентерация глазницы. Косметическое протезирование после указанных операций.
14. Заболевания склеры. Склерит, эписклерит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
15. Заболевания роговицы. Кератиты. Общая семиотика, особенности клиники, диагностики и лечения различных форм кератитов (язва роговицы, поверхностный герпетический и аденовирусный кератит, глубокий кератит различной этиологии). Принципы лечения. Осложнения и их лечение.
16. Патология сосудистого тракта.
    1. Врожденные аномалии развития сосудистого тракта; аниридия, колобома радужной оболочки и хориоидеи, поликория, остатки зрачко­вой мембраны, альбинизм.
    2. Воспалительные заболевания сосудистог тракта глаза (увеиты.).
    3. Ирит, иридоциклит, хориоидит. Этиология и патогенез, диаг­ностика, лечение, осложнения.
17. Заболевания сетчатки.
    1. Острые нарушения кровообращения в сетчатке: острая непро­ходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей; этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.
    2. Острая непроходимость центральной вены сетчатки и ее ветвей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь, осложнения и их профилактика и принципы лечения.
    3. Дистрофии сетчатки; особенности клиники различных видов дистрофии (пигментная дистрофия, старческая макулодистрофия) и при­нципы лечения.
    4. Отслойка сетчатки; патогенез, диагностика, принципы лече­ния первичной отслойки сетчатки.
18. Заболевания зрительного нерва.
    1. Воспалительные заболевания. Неврит, ретробульбарный неврит, оптико- хиазмальный арахноидит. Этиология, клиника, диагностика, диф­ференциальная диагностика, принципы лечения.
    2. Ишемические оптикопатии. Классификация, этиопатогенез, клини­ка, диагностика, неотложная помощь и принципы лечения.
    3. Токсические поражения зрительного нерва. Возможные этиологи­ческие факторы, клиника, диагностика, принципы лечения, исходы.
    4. Застойный диск зрительного нерва. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы обследования, тактика врача.
    5. Атрофия зрительного нерва. Классификация, диагностика, принципы лечения.
19. Заболевания хрусталика.
    1. Врожденные аномалии, формы и положения хрусталика.
    2. Катаракты. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагности­ка. Консервативные методы лечения. Общие принципы хирургического лечения. Различные виды оперативных вмешательств (интра -, экстракапсулярная экстракция катаракты, факоэмульсификация), показания и противопоказания к ним. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Операционные и послеоперационные ос­ложнения и их лечение.
    3. Оптическая коррекция афакии (очковая коррекция, контактная коррекция, применение ИОЛ).
20. Патология стекловидного тела. Деструкция. Гемофтальм. Принципы лечения помутнений стекловидного тела.
21. Нарушения регуляции внутриглазного давления. Глаукома.
    1. Первичная глаукома. Формы глаукомы. Клиника различных форм глаукомы. Методики обследования для раннего выявления глаукомы. Консервативные методы лечения. Принципы хирургического лечения. Ла­зерная терапия.
    2. Острый приступ глаукомы. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, неотложная помощь и лечение.
    3. Диспансерное наблюдение больных глаукомой.
22. Новообразования век, глазного яблока и глазницы. Особенности клинических проявлений опухолей в зависимости от их локализации. Методы диагностики. Современные методы лечения (лазерные методы, криодеструкция, лучевая терапия, органосохраняющие операции).
23. Изменения органа зрения при общих заболеваниях организма
    1. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы: изменения в сетчатке и зрительном нерве при гипертонической болезни и атероскле­розе (классификация, клинические проявления, значение для оценки тяжести общего заболевания). Патология глаза при стенозирующих процессах в брахиоцефальных артериях.
    2. Изменения органа зрения при пороках сердца, ревматизме, васкулитах.
    3. Изменения сетчатки и зрительного нерва при заболеваниях почек, токсикозах беременности.
    4. Изменения органа зрения при болезнях крови и кроветворных ор­ганов.
    5. Изменения органа зрения при эндокринных заболеваниях: офтальмологические симптомы при заболеваниях щитовидной железы и паращитовидных желез.
    6. Офтальмологические симптомы при патологии гипофиза. Изменения органа зрения при сахарном диабете. Виды поражений органа зрения (блефариты, ячмени, иридоциклиты катаракта, неоваскулярная глаукома, ретинопатия). Современные методы лечения диабетической ретинопатии.
    7. При инфекционных заболеваниях: изменения органа зрения при туберкулезе, сифилисе, СПИДе.
24. Повреждения органа зрения.
    1. Ранения век, их классификация. Особенности хирургической об­работки в зависимости от локализации ранения.
    2. Ранения глазного яблока. Классификация. Непроникающие ранения. Диагностика, неотложная помощь, методы обнаружения и локализации инородных тел. Показания и способы первичной хирургической обработ­ки. Осложнения проникающих ранений, их профилактика и принципы ле­чения.
    3. Контузии глазного яблока и придаточного аппарата глаза. Клиника, диагностика, лечение.
    4. Ожоги органа зрения. Классификация, клиника, неотложная помощь, принципы лечения ожогов.
    5. Поражения глаз различными видами излучения.
    6. Электроофтальмия. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Поражение инфракрасным излучением.
    7. Поражения рентгеновским излучением, альфа, бета и гамма - излучениями. Особенности комбинированных поражений. Острые токсические поражения глаз.Медико-социальная и военно-врачебная экспертиза.
    8. Дифференциальный диагноз синдрома боли в глазу и красного глаза. Тактика врача общей практики.

**«Болезни кожи, инфекции, передающиеся половым путем в общей врачебной практике.»**

**Краткое содержание дисциплины:**

Общая дерматология.

-Анатомия и физиология кожи. Гистология кожи.

-Общая патология кожи. Классификация патологических реакций и поражений кожи.

-Основные кожные синдромы. Общая гистопатология кожных болезней.

-Основы диагностики кожных болезней. Анамнез и осмотр кожного больного. Лабораторное и инструментальное обследование. Элементы кожной сыпи.

-Принципы лечения кожных болезней. Общая (антимикробные, антипаразитарные, противовирусные, антимикотические, антигистаминные, детоксицирующие и десенсибилизирующие средства) и наружная терапия (лекарственные формы и способы их применения). «Базовый» уход за кожей.

Неинфекционные заболевания кожи.

Аллергические дерматозы:

-Дерматиты и токсидермии. Этиология, патогенез, клиника, лечение дерматитов. Токсидермии, синдром Лайела: этиология, патогенез, клиника, лечение.

-Зудящие дерматозы. Этиология и патогенез. Классификация. Методы лечения.

-Атопический дерматит. Роль наследственности. Значение среды. Роль возраста в клинической картине и характере течения. Диагностика и лечение.

Дерматозы полиэтиологической природы:

- Кожные формы диффузных болезней соединительной ткани. Красная волчанка. Склеродермия. Дерматомиозит. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

-Пузырные дерматозы. Этиология, патогенез, классификация. Пузырчатка (вульгарная, листовидная, себорейная, вегетирующая). Пемфигоиды. Герпетиформный дерматит Дюринга. Дифференциальная диагностика. Диагностика и лечение пузырных дерматозов.

-Псориаз. Патогенез, клиника. Псориатический артрит. Определение активности псориаза. Диагностика и лечение. Дифференциальная диагностика.

-Болезни сальных и потовых желез. Себорея. Розацеа. Себорейный дерматит. Акне. Лечение. Болезни потовых желез. Гипергидроз. Дисгидроз. Миллиария. Лечение.

-Экзема. Классификация, этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

-Розовый лишай. Клиника, диагностика, лечение.

-Красный плоский лишай. Клиника, диагностика, лечение.

Инфекционные и паразитарные болезни кожи.

-Пиодермии. Этиология, патогенез, эпидемиология. Стафилодермии (фолликулиты, сикоз стафилококковый, фурункулез, карбкнкулез, гидраденит, синдром стафилококкового ожога кожи). Стрептодермии ( импетиго, эктима,стрептококковая опрелость, хроническая диффузная стрептодермия). Лечение, профилактика.

-Дерматозоонозы. Чесотка. Диагностика, лечение и профилактика. Педикулез. Диагностика, лечение и профилактика.

-Поражение кожи при общих инфекционных заболеваниях.

-Вирусные дерматозы. Эпидемиолдогия, этиология, патогенез, классификация. Бородавки. Остроконечные кондиломы. Контагеозный моллюск. Герпетическая инфекция. Лечение и профилактика вирусных заболеваний. ВИЧ-ассоциированные дерматозы.

Грибковые заболевания.

Поверхностные микозы. Микозы гладкой кожи. Микозы волосистой части головы. Онихомикозы. Классификация, этиология, эпидемиология. Разноцветный лишай. Микроспория. Трихофития. Кандидоз. Лечение.

Наследственные дерматозы.

Нарушения пигментации. Ихтиоз. Буллезный эпидермолиз. Гиперэластичность кожи. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена).

Сифилис.

Этиология, эпидемиология, патогенез. Особенности современного течения. Клиника и диагностика (первичный, вторичный, третичный, врожденный сифилис). Принципы лечения и профилактики.

ЗПППП

Гонорея. Хламидиоз. Микоплазмоз. Трихоманиаз. Папилломавирусная инфекция. Генитальный герпес. Урогенитальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактики.

Опухоли кожи.

-Доброкачественные опухоли кожи. Себорейный кератоз. Гемангиома. Келоид. Липома. Пигментный невус. Дерматофиброма.

-Предраки.

-Злокачественные заболевания кожи. Рак кожи. Меланома. Саркома Капоши. Лимфомы кожи. Метастатические опухоли кожи.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ**

Уровень освоения умений:

1- иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению

2 - знать, оценить, принять участие

3 - выполнить самостоятельно

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
|  | **Хирургический блок.**  **Хирургические болезни, ортопедия, травматология** |  |
| 1. | Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому:  - Наблюдение врачом общей практики (семейным врачом) за оперированными пациентами на амбулаторно-поликлиническом этапе  - Пункция плевральной полости  - Зондирование полостей и свищей | 3  3  2-3 |
| 2. | Обезболивание:  - Местная инфильтрационная анестезия | 3 |
| 3. | Асептика и антисептика  - Техника обработки рук  - Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала  - Утилизация медицинских отходов (биологического материала, инструментария, лекарственных препаратов) | 3  2-3  3 |
| 4. | Общехирургические техники и оперативные вмешательства:  - Первичная хирургическая обработка поверхностных ран  - Снятие швов  - Обработка ожоговой поверхности  - Наложение повязок  - Вскрытие и дренирование подкожных абсцессов, панарициев | 3  3  3  3  2-3 |
| 5. | Переливание крови и кровезаменителей:  - Все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей)  - Определение группы крови, резус фактора экспресс  методом  - Капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей  - Введение сывороток | 3  3  3  3 |
| 6. | Остановка наружного кровотечения:  - Временная остановка наружного кровотечения (наложением жгута, пальцевым прижатием, сгибанием конечности в суставе, давящей повязкой и тампонадой раны)  - Временная остановка наружного кровотечения наложением зажима в ране  - Остановка кровотечения гемостатическими веществами местного действия (гемостатическая губка и др.)  - Катетеризация мочевого пузыря мягким эластическим катетером  - Промывание желудка через желудочный и назогастральный зонд  - Промывание кишечника (очистительные клизмы)  - Постановка лечебных клизм  - Промывание мочевого пузыря  - Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы | 3  2-3  3  3  3  3  3  3  3 |
| 7. | Техники, выполняемые при травмах:  - Транспортная иммобилизация при переломах костей конечностей, позвоночника | 3 |
| 3. | Общехирургические техники и оперативные вмешательства:  - Диатермокоагуляция  - Пункционная цистостомия  - Венесекция  - Оперативное удаление поверхностно расположенных опухолей мягких тканей  - Оперативное удаление поверхностно расположенных инородных тел  - Оперативное удаление вросшего ногтя  - Биопсия поверхностно расположенных опухолей мягких тканей  - Вправление неущемленных грыж  - Пункционная биопсия поверхностно расположенных образований | 2  3  3  3  3  3  3  3  3 |
| 4. | Остановка наружного кровотечения:  - Окончательная остановка наружного кровотечения перевязкой сосуда | 1-2 |
| 5. | Техники, выполняемые при травмах:  - Вправление неосложненных вывихов  - Иммобилизация отломков гипсовой повязкой (лангетной, циркулярной, лангетноциркулярной, мостовидной) | 3  2-3 |
|  | **Болезни глаз** |  |
| 1. | - Клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых и детей, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)  - Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения  - Осмотр глубоких сред методом проходящего света  - Офтальмоскопия  - Определение остроты зрения  - Определение цветового зрения  - Оптическая коррекция зрения с помощью пробных очковых линз при миопии, гиперметропии, пресбиопии  - Измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)  - Периметрия  - Местное применение лекарственных средств в лечении глазных болезней  -Удаление из глаза поверхностно расположенных инородных тел, не повреждающих роговицу | 2-3  3  3  1  3  3  3  2-3  2  3  3 |
|  | **Неотложная терапия** |  |
|  | Сердечно-легочная реанимация | 3 |
|  | **Болезни уха, горла, носа** |  |
| 1. | - Риноскопия  - Фарингоскопия  - Ларингоскопия непрямая  - Отоскопия  - Отоскопия с помощью оптики  - Передняя тампонада носа  - Определение проходимости слуховой трубы  - Зондирование и промывание лакун миндалин  - Пороговая аудиометрия | 3  3  2  3  3  2  2  2  3 |
| 2. | Проведение планового лечения консервативными методами часто встречающихся заболеваний уха, горла, носа у взрослых и детей:  - Введение лекарственных средств в ухо и нос (в каплях, на турундах и тампонах)  - Туалет уха  - Удаление серных пробок  - Уход за трехеостомой и трахеостомической трубкой | 3  2  3  3 |
| 3. | Оказание неотложной помощи детям и взрослым при неотложных состояниях, осложняющих течение заболеваний, травм и ожогов ЛОР\_органов:  - Удаление инородного тела из уха и носа  - Первичная обработка поверхностных ран лица, носа и ушной раковины  - Прижигание нитратом серебра кровоточащих сосудов носовой перегородки | 2  2  1 |
|  | **Болезни детей и подростков** |  |
| 1. | - Методы определения функционального состояния организма  - Выделение групп здоровья детей  - Комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)  - Уход за новорожденным  - Расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери  - Расчет питания для детей 1-го года жизни  - Выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала)  - Составление меню при рахите, диатезе, простой диспепсии  - Применение лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно) | 3  3  2-3  3  3  3  3  3  3 |
|  | **Акушерство и гинекология** |  |
|  | двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование  диагностика беременности и ее срока, наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода  ведение физиологических родов  первичный туалет новорожденного, перевязка и обработка пупочной ранки  оценка состояния новорожденного, оценка состояния последа  применение лекарственных средств (наружное и внутривлагалищное) | 3  3  3  2  3 |
|  | **Терапевтический блок** |  |
|  | а) клиническое обследование больного |  |
| 1.  2. | Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация, включая исследования  центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез;  наружных половых органов.  Определение признаков клинической и биологической смерти. | 3  2-3 |
|  | б) лабораторные и инструментальные исследования |  |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10  11 | Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, плевральной и асцитической жидкости, биохимических анализов крови, желудочного и дуоденального сока  Время свертываемости, время кровотечения, протромбиновый индекс  Оценка показателей электролитного и кислотно-щелочного баланса крови  Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита  Методика и оценка:  - анализа мочи (проба Нечипоренко, проба Зимницкого);  - пробы Реберга;  - посева мочи и крови;  - гликемического профиля;  - теста толерантности к глюкозе;  - ацидотеста  Оценка гормональных исследований крови (ТТГ, Т3, Т4, катехоламины, ренин, альдостерон)  Оценка миелограммы  Аллергологическое исследование  Иммунохимическое исследование (иммуноглобулины)  Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.  Спирография.  Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, почек, желчных путей, суставов, позвоночника, черепа.  Исследования глазного дна.  Специальные исследования:  - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия);  - бронхоскопия;  - компьютерная томография;  - ЭХО- и допплерокардиография;  - УЗИ органов брюшной полости, почек;  - пробы с физической нагрузкой;  - суточное ЭКГ-мониторирование;  - коронаро- и артериография;  - биопсия лимфатических узлов, печени, почек;  - магнитно-резонансная томография;  - радиоизотопное сканнирование;  - основные показатели гемодинамики (ОЦК, ЦВД, УО, МО,фракция выброса, ОПС). | 3  2  2  1-2  2-3  1  2  2  2  2  1-2  1-2  1  2-3  3  1-2  2  1  2  2  1  1-2  1-2  1-2  2  1  1  1  1-2  1-2 |
|  | в) Лечебные и диагностические процедуры |  |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10  11  12  13  1415  16  17  18  19 | Подкожные и внутримышечные инъекции.  Внутривенные вливания (струйные, капельные).  Взятие крови из вены.  Определение группы крови, резус-фактора.  Переливание крови и её компонентов.  Промывание желудка через зонд.  Дуоденальное зондирование.  Плевральная пункция.  Абдоминальная пункция.  Клизмы (очистительная, лечебная).  Стернальная пункция.  Закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких «рот в рот».  Электроимпульсная терапия.  Передняя тампонада носа.  Пальцевое исследование прямой кишки.  Пальпаторное исследование внутриглазного давления.  Туберкулиновые пробы.  Методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиа-лиз, гемосорбция, плазмаферез).  Первая врачебная помощь при неотложных состояниях:   * обморок * гипертонический криз * стенокардия * инфаркт миокарда * отек легких * тромбоэмболия легочной артерии * приступ бронхиальной астмы, астматический статус * острая дыхательная недостаточность * острая артериальная непроходимость * шок (кардиогенный, анафилактический) * пароксизмальная тахикардия, тахиаритмии * приступ Морганьи-Эдемса-Стокса * желудочно-кишечное кровотечение * легочное кровотечение * почечная колика * кома гипергликемическая, гипогликемическая, анемическая, мозговая, неясная * острые аллергические реакции * ОНМК * острые заболевания органов брюшной полости * синдром дегидратации * психомоторное возбуждение различного генеза | 3  3  3  2-3  2-3  3  3  3  2-3  3  1  2-3  1-2  2-3  2-3  3  2-3  1  3  3  3  3-2  3-2  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  3  2-3  3  2-3  2-3  2  2-3  2 |
|  | г) Документация, организация врачебного дела |  |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6. | Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни  Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других  Рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты.  Медико-социальная экспертиза:   * направление на МСЭ * вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности * участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности   Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности  Добровольное и обязательное медицинское страхование | 3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  2-3  1 |
|  | Неврологии |  |
| 1. | - исследование 12 пар черепно-мозговых нервов, патологических рефлексов, менингеальных симптомов, моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц), тактильной и болевой чувствительности, рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек);  - оценка координации движений | 2-3  2 |

**Карта обеспеченности образовательного процесса учебно-методической литературой**

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Амлаева К.Р., Общие и частные вопросы медицинской профилактики  [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
5. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html
6. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>
7. Рукавицьна О.А., Анемии [Электронный ресурс] / под ред. О.А. Рукавицьгна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3978-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439784.html>
8. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
9. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
10. Радзинский В.Е., Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html
11. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>
12. Каптильный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Каптильный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440094.html>
13. Мухин Н.А., Профессиональные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.А. Мухин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-3666-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436660.html>
14. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>
15. Гордеев И.Г., Электрокардиограмма при инфаркте миокарда [Электронный ресурс] / И.Г. Гордеев, Н.А. Волов, В.А. Кокорин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3231-0 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432310.html
16. Бржеский В.В., Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3779-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437797.html>
17. Кильдиярова Р.Р., Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3391-1 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html
18. Кильдиярова Р.Р., Питание здорового ребенка [Электронный ресурс] : руководство / Кильдиярова Р.Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>
19. Гундаров И.А., Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска - к резервам здоровья и социальной профилактике [Электронный ресурс] / И.А. Гундаров, В.А. Полесский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3871-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438718.html>

Дополнительная литература

1. Юренева С. В., Современные подходы к коррекции менопаузальных расстройств [Электронный ресурс] / С. В. Юренева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4108-4 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441084.html
2. Горелов А.В., Острые кишечные инфекции у детей [Электронный ресурс] / А.В. Горелов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3840-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438404.html>
3. Котенко К. В., Боль в спине : диагностика и лечение [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438619.html>
4. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>
5. Багненко C.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / C. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
6. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
7. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
8. Давыдкин И.Л., Болезни крови в амбулаторной практике: руководство [Электронный ресурс] / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-2725-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427255.html>
9. Мравян С.Р., Заболевания сердца у беременных. [Электронный ресурс] / С. Р. Мравян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-3065-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430651.html>
10. Киякбаев Г.К., Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Г.К. Киякбаев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3100-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431009.html>
11. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
12. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
13. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>
14. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>
15. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
16. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>
17. Никифоров А.С., Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>
18. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
19. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>
20. Новиков Г.А., Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс] / Под ред. Г.А. Новикова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2367-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423677.html>
21. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html
22. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khiga>

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

1. К препаратам, препятствующим свертыванию крови не относится:
2. ацетилсалициловая кислота
3. тиклопедин
4. фраксипарин
5. стрептокиназа
6. гирудин
7. -дицинон
8. Виды кардиогенного шока, кроме:
9. рефлекторный
10. аритмический
11. связанный с разрывом миокарда
12. истинный кардиогенный
13. -тромботический
14. Основное лечебное мероприятие при рефлекторном шоке:
15. экстренное хирургическое вмешательство
16. оксигенотерапия
17. внутривенное введение жидкостей
18. -быстрое и полноцое обезболиваний
19. тромболитическая терапия
20. антиаритмическая терапия
21. Как реанимировать больного одному врачу?
22. производить непрямой массаж сердца
23. производить вентиляцию "изо рта в рот"
24. производить вентиляцию "изо рта в нос"
25. -после 15 массажных движений производить 2 вдоха "изо рта в рот"
26. после 5 массажных движений производить 1 вдох "изо рта в нос"
27. Помощь при фибрилляции желудочков:
28. вентиляция легких "изо рта в рот"
29. резко ударить кулаком в грудину
30. сделать искусственный массаж сердца
31. внутрисердечно ввести адреналин
32. -произвести электрическую дефибрилляцию
33. Для купирования фибрилляции желудочков необходимо установить на дефибрилляторе режим:
34. синхронный
35. -асинхронный
36. Для купирования суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии необходимо установить на дефибрилляторе режим:
37. -синхронный
38. асинхронный
39. Для купирования желудочковой тахикардии необходимо установить на дефибрилляторе режим:
40. -асинхронный
41. синхронный
42. Какой уровень энергии разряда необходим для первого разряда при дефибрилляции?
43. -200 Дж
44. 300 Дж
45. 100 Дж
46. 360 Дж
47. Если при асистолии нет эффекта, то:
48. внутрисердечно ввести 0,1% - 1 мл атропина
49. произвести непрямой массаж сердца
50. -произвести электрокардиостимуляцию
51. вентиляция легких "изо рта в рот"
52. Куда следует приложить активный электрод (катод) при наружной электрокардиостимуляции:
53. во втором межреберье справа от грудины
54. сзади под правой лопаткой
55. сзади под левой лопаткой
56. -в области проекции верхушки сердца
57. во втором межреберье слева от грудины
58. Острая левожелудочковая недостаточность в стадии отека легких проявляется:
59. жестким дыханием
60. единичными сухими хрипами
61. дыханием Кусмауля
62. дыханием Чейн-Стокса
63. -разнокалиберными хрипами
64. Показания к электрической дефибрилляции пароксизма желудочковой тахикардии:
65. резкое падение давления
66. возникновение отека легких
67. появление сильных болей в сердце
68. -отсутствие эффекта от медикаментозной терапии
69. синкопе
70. Для купирования приступа мерцательной аритмии при синдроме WPW, нельзя использовать:
71. -финоптин или сердечные гликозиды
72. мекситил или кинилентин
73. кордарон или аймалин
74. новокаиномид или этацизин
75. дизопирамид или амиодорон
76. При синдроме слабости синусового узла противопоказаны:
77. атропин
78. эндокардиальная или внутрипищеводная электрокардиостимуляция
79. имплантация искусственного водителя ритма
80. -бета-адреноблокаторы или верапамил
81. Лечить симптоадреналовый криз можно препаратами, за исключением:
82. седуксена
83. дроперидола
84. анаприлина
85. -добутрекса
86. При лечении гемофилии противопоказано:
87. криопреципитат
88. антигемофильная плазма
89. глюкокартикоиды
90. -герудин или абциксимаб
91. Ревматоидному артриту соответствует одно из указанных определений.
92. Хроническое неинфекционное заболевание, приводящее к воспалительным заболеваниям суставов и околосуставных структур.
93. Хроническое обменно-дистрофическое заболевание, приводящее к прогрессирующему разрушению суставных и околосуставных структур.
94. -Хроническое иммуннокомплексное заболевание, приводящее к прогрессирующему разрушению суставных и околосуставных структур, развитию системных нарушений.
95. Хроническое иммунновоспалительное заболевание, проявляющееся гепатомегалией, спленомегалией, воспалительными изменениями суставных и околосуставных структур.
96. Хроническое иммунновоспалительное заболевание, приводящее к прогрессирующему поражению позвоночника, развитию системных нарушений
97. Какие из нижеуказанный факторов имеют значение в этиологии ревматоидного артрита?
98. Микобактерии.
99. Герпевирус тип-3.
100. Герпевирус тип-5.
101. -Все перечисленные факторы.
102. Ни один из перечисленных факторов.
103. Какие факторы имеют значение в этиологии ревматоидного артрита?
104. Присутствие антигена гистосовместимости НЬА.
105. Инфицирование вирусом Эбштейн-Бар.
106. Инфицирование цитомегаловирусом.
107. -Все упомянутые факторы.
108. Ни один из упомянутых факторов.
109. Какие обстоятельства способствуют запуску патогенетических механизмов ревматоидного артрита?
110. Алкогольный эксцесс.
111. Пищевая токсикоинфекция.
112. -Переохлаждение.
113. Все перечисленные обстоятельства.
114. Ни одно из перечисленных обстоятельств.
115. Что такое ревматоидный фактор?
116. Анти-О-стрептолизин.
117. Анти-О-стрентокиназа.
118. Антигиалуронидаза.
119. -IgМ и IgG антитела к РС фрагменту IgG.
120. Иммунные комплексы.
121. Какой из перечисленных вариантов ревматоидного артрита не существует?
122. Серопозитивный.
123. Серонегативный.
124. -Смешанный.
125. Ревматоидная болезнь легкого.
126. Ревматоидный васкулит.
127. Перечислите особенности патогенеза ревматоидного артрита?
128. Преимущественное поражение крупных, нагруженных суставов (коленных, тазобедренных).
129. Поражение позвоночника в начальный, острый период заболевания.
130. -Симметричное двустороннее поражение суставов.
131. Асимметричное одностороннее поражение суставов.
132. Всё перечисленное относится к патогенезу ревматоидного артрита.
133. Что из перечисленного относится к патогенезу ревматоидного артрита?
134. Деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
135. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
136. Появление в полости сустава грануляционной ткани - паннуса.
137. Анкилозирование суставов.
138. -Все перечисленное относится к патогенезу ревматоидного артрита.
139. Какие из перечисленных особенностей не относятся к патогенезу ревматоидного артрита?
140. Симметричное двустороннее деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
141. Разрастание грануляционной ткани-паннуса с последующим анкилозом сустава.
142. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
143. -Первичное и преимущественное поражение крестцово-подвздошного сочленения.
144. Все перечисленное не относится к патогенезу ревматоидного артрита.
145. Какие изменения не типичны для патогенеза ревматоидного артрита?
146. Симметричное двустороннее поражение суставов.
147. Деструктивное поражение суставов с вовлечением хряща, синовиальной оболочки и капсулы.
148. Появление в полости сустава грануляционной ткани - паннуса.
149. Разрушение синовиальной оболочки, хряща и эпифизов костей с образованием узур.
150. -Формирование субхондрального склероза и остеофитов.
151. Какие вторичные заболевания возникают при длительном течении ревматоидного артрита?
152. Сахарный диабет.
153. Атеросклероз
154. -Амилоидоз.
155. Все перечисленные.
156. Ни одно из перечисленных.
157. Какая причина вторичного амилоидоза у больных ревматоидным артритом?
158. Нарушения липидтранспортной системы.
159. Формирование моноклональной гипергаммаглобулинемии.
160. -Функциональная недостаточность протеолитических механизмов элиминации острофазовых белков и иммунных комплексов.
161. Все упомянутые причины.
162. Ни одна из упомянутых причин.
163. Поражение каких органов чаще всего возникает в результате вторичного амилоидоза у больных ревматоидным артритом?
164. Почек.
165. Печени.
166. Кишечника.
167. -Всех упомянутых.
168. Ни одного из упомянутых.
169. Какой синдром формируется у больных с ревматоидным артритом, осложненным амилоидозом с преимущественным поражением почек?
170. Гипертонический.
171. Дизурический.
172. -Нефротический.
173. Все перечисленные.
174. Ни один из перечисленных.
175. Где выявляется ревматоидный фактор у больных с серопозитивным ревматоидным артритом?
176. В рагоцитах из синовиальной жидкости.
177. В синовиальной жидкости.
178. В крови.
179. -Во всех упомянутых местах.
180. Ни в одном из упомянутых мест.
181. Где можно обнаружить ревматоидный фактор у больных с серонегативным ревматоидным артритом?
182. -В синовиальной жидкости.
183. В спинномозговой жидкости.
184. В крови.
185. Во всех упомянутых местах.
186. Ни в одном из упомянутых мест.
187. Какие из перечисленных вариантов ревматоидного артрита сопровождаются спленомегалией?
188. Синдром Фелти.
189. Болезнь Стилла у взрослых.
190. Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем.
191. Ни один из перечисленных.
192. -Все перечисленные.
193. Какие клинические проявления преобладают при остром начале ревматоидного артрита?
194. Нарушения общего самочувствия, слабость, лихорадка.
195. Боли в суставах.
196. Скованность по утрам.
197. -Все перечисленные.
198. Ни одно из перечисленных.
199. Какие суставы поражаются в начальный период ревматоидного артрита?
200. Лучезапястные.
201. Пястно-фаланговые.
202. Проксимальные межфаланговые.
203. Ни один из перечисленных.
204. -Все перечисленные.
205. Какое поражение суставов не типично для ревматоидного артрита?
206. - Одностороннее воспаление лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов.
207. Симметричное двустороннее воспаление лучезапястных, пястно- фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов.
208. Олиго- или моноартрит лучезапястных, локтевых, коленных суставов.
209. Артрит тазобедренных, плечевых суставов.
210. Артрит межпозвонковых сочленений.
211. Какие процессы вызывают атрофию мышц у больных ревматоидным артритом?
212. Воспаление мышечной ткани.
213. Воспалительно-дегенеративные изменения периферических двигательных нервов.
214. -Физиологическая реакция на ограничение или отсутствие подвижности суставов.
215. Все перечисленные.
216. Ни один из перечисленных.
217. Какая из перечисленных ниже формулировок соответствует характерному для ревматоидного артрита симптому "плавника моржа"?
218. Гипермобильность связочного аппарата кисти.
219. Отклонение кисти в сторону лучевой кости предплечья.
220. -Отклонение кисти в сторону локтевой кости предплечья.
221. Деформация пальцев кисти.
222. Атрофия мышц тыла кисти.
223. Какие из перечисленных ниже признаков типичны для ревматоидного артрита?
224. Узелки Бушара на проксимальных межфаланговых суставах пальцев кисти.
225. Узелки Гебердена на дистальных межфаланговых суставах пальцев кисти.
226. -Атрофия и западение мышц на тыле кисти (амиотрофия).
227. Истонченная, не собирающаяся в складку кожа над суставами пальцев кисти.
228. Петехиальная сыпь на коже над пораженными суставами.
229. Какие суставы крайне редко поражаются у больных ревматоидным артритом?
230. Дистальные межфаланговые суставы пальцев кисти.
231. Проксимальный межфаланговый сустав мизинца кисти.
232. Первый пястно-фаланговый сустав большого пальца кисти.
233. -Все перечисленные.
234. Ни один из перечисленных.
235. Какие системные поражения определяют клиническую картину ревматоидногоартрита?
236. Ревматоидные узелки.
237. Лимфаденопатия.
238. Васкулит.
239. -Поражения легких.
240. Все перечисленные.
241. Какие осложнения типичны для ревматоидного артрита?
242. Вторичный амилоидоз.
243. Железоперераспределительная гипохромная анемия.
244. Вторичный остеоартроз.
245. Ни одно из перечисленных.
246. -Все перечисленные.
247. У больного ревматоидным артритом после опускания рук в холодную воду их кожа стала бледной," обескровленной", а спустя небольшой промежуток времени синюшно-багровой, отечной - как называется такая реакции?
248. Синдром Рейтера.
249. Синдром карпального канала.
250. Синдром Шегрена.
251. Синдром Фелти.
252. -Синдром Рейно.
253. Какие патологические процессы типичны для ревматоидного легкого?
254. Пневмонит.
255. Фиброзирующий альвеолит.
256. Плеврит.
257. Ни один из перечисленных.
258. -Все перечисленные.
259. Какие поражения сердца могут возникать у больных ревматоидным артритом?
260. Сухой перикардит.
261. Очаговый гранулематозный миокардит с экстрасистолией, блокадами.
262. Пороки клапанов устья аорты.
263. Пороки митрального клапана.
264. -Все перечисленные.
265. Какая патология почек является наиболее типичной для ревматоидного артрита?
266. Тубулоинтерстинальный нефрит.
267. -Вторичный амилоидоз почек.
268. Первичный амилоидов почек.
269. Мочекаменная болезнь.
270. Нефроптоз.
271. Какая патология почек у больных ревматоидным артритов чаще всего проявляется нефротическим синдромом?
272. -Вторичный амилоидоз почек.
273. Первичный амилоидоз почек.
274. Мочекаменная болезнь.
275. Хронический иммуннокомплексный гломерулонефрит.
276. Свидетельством какого синдрома являются отеки, гипопротеинемия, протеинурия, гиперхолестеринемия, возникшие у больного ревматоидны мартритом?
277. Легочного синдрома.
278. Сердечного синдрома.
279. -Нефротического синдрома.
280. Нейропатического синдрома.
281. Анемического синдрома.
282. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для ревматоидного артрита?
283. Уменьшение содержания эритроцитов, гемоглобина, цветного показателя.
284. Увеличенная СОЭ.
285. -Ретикулоцитоз.
286. Нейтрофильный лейкоцитоз.
287. Лейкопения.
288. Какие отклонения биохимического анализа крови не характерны для ревматоидного артрита?
289. Повышенный уровень фибрина, фибриногена.
290. Повышенное содержание альфа-2-глобулина.
291. Повышенное содержание серомукоида.
292. Положительная реакция на СРП.
293. -Повышенное содержание глюкозы.
294. Амилоидоз почек у больного ревматоидным артритом можно выявить:
295. Оценить клиренс красителя Конго-рот после его внутривенного введения.
296. Выполнить биопсию слизистой десны с последующей морфологической оценкой биоптата.
297. Выполнить биопсию слизистой прямой кишки с последующей морфологической оценкой биоптата.
298. Выполнить ультразвуковое исследование почек.
299. -Выполнить биопсию почки с последующей морфологической оценкой биоптата.
300. Укажите степень активности ревматоидного артрита, если у больного круглосуточная скованность, интенсивные, обездвиживающие боли в суставах; выраженный отек, гипертермия кожи над пораженными суставами; СОЭ свыше 40мм/час; гипохромная анемия; СРБ (+++); альфа-2-глобулины более 15%?
301. О ст.
302. I ст.
303. II ст.
304. -III ст.
305. Сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита.
306. Укажите степень активности ревматоидного артрита, если у больного имеет место утренняя скованность продолжительностью до 60 минут; незначительные гипертермия и припухлость суставов; СОЭ до 20-24 мм/час; СРБ (+); альфа-2-глобулины менее 12%?
307. О ст.
308. -I ст.
309. II ст.
310. III ст.
311. Сочетание приведенных признаков не используются для оценки активности ревматоидного артрита.
312. Какие из приведенных критериев позволяют дифференцировать ревматоидный артрит и острую ревматическую лихорадку в пользу последней?
313. Отсутствие деструктивных, анкилозирующих поражений суставов.
314. Быстрый эффект нестероидных противовоспалительныхпрепаратов при остром суставном синдроме.
315. Преобладание симптомов сердечной недостаточности над суставной патологией.
316. -Все указанные критерии.
317. Ни один из упомянутых критериев.
318. Какие из приведенных критериев позволяют дифференцировать ревматоидный артрит и первичный остеоартроз в пользу ревматоидного артрита?
319. Поражение преимущественно "нагруженных" суставов - тазобедренных, коленных.
320. -Симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов без образования околосуставных узлов.
321. Поражение дистальных межфаланговых суставов с образованием околосуставных узлов Гебердена.
322. Все указанные критерии.
323. Ни один из упомянутых критериев.
324. Какой из приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и болезнь Рейтера в пользу ревматоидного артрита?
325. Сочетание артрита с хроническим хламидийным уретритом, конъюнктивитом
326. Асимметричное поражение пястно-фалангового сустава первого пальца стопы, голеностопного, коленного суставов.
327. -Симметричное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей рук.
328. Сакроилеит.
329. Подошвенный фасциит.
330. Какой из приведенных критериев позволяет дифференцировать ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилоартрит в пользу ревматоидного артрита?
331. Преимущественное поражение суставов позвоночника.
332. Сакроилеит в дебюте суставных проявлений заболевания.
333. Последовательное вовлечение в воспалительный процесс голеностопных, коленных, тазобедренных суставов.
334. -Последовательное вовлечение в воспалительный процесс мелких суставов кистей рук локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставов.
335. Характерная "поза просителя" у больного с согнутой спиной и наклоненной вниз головой.
336. Какие из перечисленных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита, не относятся к группе нестероидных противовоспалительных средств?
337. Диклофенак-натрий.
338. -Делагил.
339. Ибупрофен.
340. Индометацин.
341. Нимесулид.
342. Какие препараты входят в группу средств базисной терапии ревматоидного артрита?
343. Препараты золота.
344. Иммунодепреесанты.
345. D-пенициламнн (купренил).
346. Сульфаниламидные противовоспалительные и аминохинолиновые препараты.
347. -Все упомянутые препараты.
348. Какие из перечисленных лекарственных средств, применяемых для лечения ревматоидного артрита, являются препаратами золота?
349. Кризанол.
350. Тауредон.
351. Ауранофин.
352. Ни один из перечисленных.
353. -Все перечисленные.
354. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
355. Кризанол.
356. -Циклофосфан.
357. Тауредон.
358. D-пеницилламин (купренил).
359. Ауранофин.
360. Какие из перечисленных лекарственных средств являются иммунодепрессантами, применяемыми для лечения ревматоидного артрита?
361. Метотрексат.
362. Азатиоприн.
363. Циклофосфан.
364. Ни один из перечисленных.
365. -Все перечисленные.
366. Показанием для назначения D-пенициламина (купренила) у больных ревматоидным артритом является:
367. Серопозитивный ревматоидный артрит.
368. Выраженные и тяжелые системные проявления ревматоидного артрита.
369. Ревматоидное легкое.
370. Синдром Фелти.
371. -Все упомянутые обстоятельства.
372. Какие из приведенных препаратов, применяемых для лечения ревматоидного артрита не относятся к группе сульфаниламидных противовоспалительных средств?
373. Сульфасалазин.
374. Салазопиридазин.
375. -Солумедрол.
376. Ни один из упомянутых не относится к этой группе.
377. Все упомянутые относятся к этой группе.
378. В каких случаях желательно применение сульфаниламидных противовоспалительных препаратов для лечения больных ревматоидным артритом?
379. У больных ревматоидным артритом с системными проявлениями.
380. -У больных ревматоидным артритом без системных проявлений.
381. У больных с ревматоидным артритом, осложненным остеоартрозом.
382. При всех упомянутых обстоятельствах.
383. Ни в одной из упомянутых групп больных.
384. Какие препараты применяются для внутрисуставного введения при лечении больных ревматоидным артритом?
385. Метилпреднизолон.
386. Депомедрол.
387. Гидрокортизон.
388. Ни один из перечисленных.
389. -Все перечисленные.
390. Наиболее эффективным методом быстрого выведения из организма избытка циркулирующих иммунных комплексов и ревматоидного фактора является:
391. Гемодиализ.
392. Гемосорбция.
393. -Плазмоферез.
394. Все приведенные методы.
395. Ни один из приведенных методов.
396. Какие методы местной терапии применяются у больных ревматоидным артритом?
397. Аппликации 0,5% раствора димексида.
398. Местное нанесение мазей, содержащих НСПВ.
399. Инфильтация околосуставных тканей новакаином с преднизолоном.
400. Электрофорез, фонофорез противовоспалительных средств.
401. -Все упомянутые методы.
402. В этиологии первичного остеоартроза имеет значение:
403. Реактивный артрит в анамнезе.
404. Гиперурикемия.
405. Травма сустава.
406. -Тяжелый физический труд.
407. Все перечисленное верно.
408. Какие иммунологические показатели типичны для системной красной волчанки?
409. Антифосфолипидные антитела.
410. Антинуклеарный фактор.
411. Антитела к нативной ДНК.
412. LE-клетки.
413. -Все перечисленные показатели типичны.
414. От выраженности какого синдрома зависит присутствие ревматоидного факторав крови больного системной красной волчанкой?
415. Антифосфолипидного.
416. -Суставного.
417. Гемолитического.
418. Тромбоцитопенического.
419. Любого из перечисленных.
420. Какие рентгенологические изменения суставов типичны для системной красной волчанки?
421. -Умеренно выраженный остеопороз.
422. Узуры суставных поверхностей,
423. Сужение суставной щели, анкилозы.
424. Все изменения типичны.
425. Ни одно из указанных изменений не типично.
426. Согласно стандартам оказания медико-санитарной помощи больным с системной красной волчанкой, обязательными консультациями при постановке диагноза, являются консультации следующих специалистов:
427. -Ревматолога
428. Дерматолога
429. -Невролога
430. Кардиолога
431. Хирурга
432. Согласно стандартам оказания медико-санитарной помощи больным с системной красной волчанкой, при постановке диагноза к обязательным инструментальным исследованиям относятся следующие:
433. -ЭХО-КГ
434. -ФГДС
435. -Рентгенограмма кистей
436. -Рентгенограмма стоп
437. -Денситометрия поясничного отдела позвоночника
438. Бронхоскопия
439. УЗИ органов брюшной полости
440. Что можно обнаружить при ультразвуковом исследовании внутренних органов у больных системной красной волчанкой?
441. Выпот в плевральных полостях.
442. Спленомегалию.
443. Гепатомегалию .
444. Нефрит.
445. -Все перечисленное.
446. Что можно обнаружить при эхокардиографическом исследовании сердца у больных системной красной волчанкой?
447. Выпот в полости перикарда.
448. Дилатацию камер сердца.
449. Недостаточность митрального клапана и/или клапанов устья аорты.
450. Уменьшение фракции выброса левого желудочка.
451. -Любое отклонение из перечисленных.
452. Укажите степень активности системной красной волчанки при следующих показателях: нормальная температура, небольшое похудение, на коже дискоидные очаги, артралгии, адгезивный перикардит, дистрофия миокарда,адгезивный (спаечный) плеврит, полиневрит, гемоглобин более 120 г/л., СОЭ 16-20 мм/ч, фибриноген менее 5 г/л, гамма-глобулин 20-23%. LE клетки отсутствуют или единичные, антинуклеарный фактор менее 1:32, титр антитл к ДНК низкий, уровень ЦИК низкий.
453. 0 мм/час, фибриноген менее 5 г/л, гамма-глобулин 20-23 %. LE-клеткиотсутствуют или единичные, антинуклеарный фактор менее 1:32, титр антителк ДНК низкий, уровень ЦИК низкий.
454. Отсутствует активность.
455. -I ст. - минимальная активность.
456. II ст. - умеренная активность.
457. III ст. -максимальная активность.
458. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.
459. Укажите степень активности системной красной волчанки при следующих показателях: лихорадка менее 38 град. С, умеренное похудение, на коже неспецифическая эритема, подострый полиартрит, сухой перикардит, умеренно выраженный миокардит, сухой плеврит, диффузный гломерулонефрит смешанного типа с артериальной гипертензией; гематурией, протеинурией; энцефалоневрит; гемоглобин 100-110 г/л, СОЭ 30-40 мм/час, фибриноген 5-6 г/л., гамма-глобулины 24-25%, LE-клетки 1-4 на 100 лейкоцитов, антинуклеарный фактор 1:64, титр антител к ДНК средний, уровень ЦИК средний.
460. Отсутствует активность.
461. I ст. - минимальная активность.
462. -II ст. - умеренная активность.
463. III ст. - максимальная активность.
464. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.
465. Укажите степень активности системной красной волчанки при следующих показателях: лихорадка выше 38 град.С, выраженное похудение, поражение кожи в виде волчаночной эритемы, "бабочка" на лице, капиллярит, острый или подострый полиартрит, выпотной перикардит, выраженный миокардит, волчаночный эндокардит, выпотный плеврит, диффузный гломерулонефрит снефротическим синдромом, острый энцефалорадикулоневрит; гемоглобин менее 100 г/л, СОЭ более 45 мм/ч; фибриноген более 6/л, гамма-глобулины 25-27%, LE клтеи более 5 на 1000 лейкоцитов, антинуклеарный фактор выше 1:128, титр антител к ДНК высокий, уровень ЦИК высокий.
466. г/л, СОЭ более 45 мм/час; фибриноген более 6/л, гамма-глобулины
467. 7%,LE-клетки более 5 на 1000 лейкоцитов, антинуклеарный фактор выше 1:128, титр антител к ДНК высокий, уровень ЦИК высокий.
468. Отсутствует активность.
469. I ст. -минимальная активность.
470. II ст. - умеренная активность.
471. -III ст. - максимальная активность.
472. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.
473. Какие иммунологические исследования являются обязательными для диагностики системной красной волчанки?
474. LЕ-клетки.
475. Циркулирующие иммунные комплексы.
476. Антитела к Sm-антигену.
477. Антинуклеарный фактор.
478. -Все обязательны.
479. Какие препараты не применяются для подавления гиперреактквности иммунных механизмов, иммунного воспаления, иммуннокомплексных поражений у больных системной красной волчанкой?
480. Глюкокортикостероиды.
481. -Нестероидные противовоспалительные препараты.
482. Иммунодепересанты (цитостатики).
483. Аминохинолиновые препараты.
484. Эфферентные методы (плазмоферез, гемосорбция).
485. При хроническом течении СКВ с минимальной активностью иммунного воспаления показано:
486. -Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
487. Пероральный прием преднизолона в дозе 1 мг/кг/сутки.
488. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона внутривенно капельно в течение 30 минут.
489. Ни один из методов не показан.
490. Любой из перечисленных методов может быть использован.
491. При остром и подостром клиническом течении системной красной волчанки с II или III ст. активности показано:
492. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
493. -Пероральный прием преднизолона 1-1,3 мг/кг/сутки с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей.
494. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона.
495. Ни один из методов не показан.
496. Любой из перечисленных методов может быть использован.
497. Какой метод лечения позволяет быстро удалить избыток иммунных комплексов из организма больного системной красной волчанкой?
498. прием плаквенила 0,2по 2 таблетки в день.
499. прием циклофосфана 1-4 мг/кг/сутки перорально.
500. прием азатиоприна 2,5 мг/кг/сутки внутрь.
501. -Плазмоферез.
502. Все перечисленные.
503. Что относится к определению СRЕSТ-синдрома?
504. Это ограниченная (лимитированная) форма системной склеродермии.
505. Повреждения внутренних органов возникают редко.
506. Возникает склеродермическое поражение только кожи лица и кистей рук дистальнее пястно-фаланговых суставов.
507. Сопровождается формированием склеродактилии.
508. -Все перечисленное относится к определению данного синдрома.
509. Что характерно для подострой формы клинического течения системного склероза?
510. Постепенное развитие кожных и системных поражений.
511. Обязательное формирование синдрома Рейно.
512. Отклонения лабораторных и биохимических показателей, типичных для умеренной активности патологического процесса.
513. -Всё упомянутое характерно для этой формы заболевания.
514. Ничего из упомянутого не характерно для этой формы заболевания.
515. Какие особенности типичны для хронического течения системного склероза?
516. -Формирование СRЕSТ-синдрома.
517. Склонность к формированию склеродермической почки.
518. Отсутствие склонности к фиброзу легких.
519. Не характерно поражение легочной артерии.
520. Все особенности типичны для хронического течения данного заболевания.
521. Какие патологические процессы характерны для начального период системной склеродермии?
522. Поражение кожи пальцев рук до пястно-фалангового сустава.
523. Симметричное поражение обеих кистей.
524. Поражение кожи лица в начале заболевания.
525. -Все патологические отклонения характерны.
526. Ни одно из перечисленных отклонений не характерно.
527. Укажите не характерные поражения кожи у больных системной склеродермией?
528. -Гиперемированая, горячая на ощупь.
529. Сухая, гладкая, блестящая.
530. Не берется в складку.
531. Спаяна с подлежащими фасциями, суставными сумками, надкостницей.
532. Отсутствует пушковый волос.
533. Какие особенности поражения кожи лица не типичны для системной склеродермии?
534. -Периорбитальный отек.
535. Радиальные складки вокруг рта ("кисет").
536. Маскообразное лицо.
537. Заостренный нос ("птичий клюв").
538. Очаги телеангиоэктазий.
539. С каким синдромом связано появление у больных системной склеродермией сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, неспособности плакать?
540. Синдром Рейно.
541. -Синдром Шегрена.
542. Синдром Жакку.
543. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.
544. СRЕSТ-синдром.
545. Какие формы суставного синдрома типичны для больных системной скеродермией?
546. Полиартралгии.
547. Фиброзирующий полиартрит мелких суставов пальцев кистей рук.
548. Псевдоартрит.
549. Указанные варианты не типичны для данного заболевания.
550. -Все упомянутые формы суставного синдрома типичны для данного заболевания.
551. Какие проявления мышечной патологии типичны для системной склерродермией?
552. Мышечная слабость.
553. Атрофия мышц.
554. Невоспалительный мышечный фиброз.
555. Воспалительная миопатия.
556. -Все перечисленные варианты.
557. Какие поражения сердца не типичны для системной склерродермии?
558. Миокардит.
559. Миокардиальный фиброз.
560. Облитерирующий эндокардит коронарных артерий с ишемией миокарда.
561. Недостаточность митрального клапана.
562. -Бородавчатый эндокардит.
563. Какие поражения почек типичны для системной склеродермии?
564. Поражаются сосуды почек.
565. Поражаются клубочки.
566. Поражается интерстициальная ткань.
567. -Все поражения типичны.
568. Ни одно из упомянутых поражений не типично.
569. Какие отклонения общего анализа крови характерны для острой формы клинического течения системной склеродермии с высокой активностью патологического процесса?
570. Увеличенная СОЭ.
571. Умеренный лейкоцитоз.
572. Умеренная гипохромная анемия.
573. -Все упомянутые отклонения типичны.
574. Ни одно из упомянутых отклонений не типично.
575. Какие отклонения результатов биопсии кожно-мышечного лоскута характерны для системной склеродермии?
576. -Облитерирующий васкулит мелких сосудов, фиброзно-склеротические изменения структуры тканей.
577. Гранулематозный васкулит мелких артерий, периваскулярная инфильтрация тканей.
578. Гигантоклеточный васкулит сосудов, тромбоз сосудов, периваскулярная инфильтрация.
579. Все упомянуте отклонения характерны.
580. Ни одно из упомянутых отклонений не характерно.
581. Какие отклонения ЭКГ могут выявляться у больных системной склерродермией?
582. Признаки миокардиодистрофии.
583. Признаки ишемии.
584. Нарушения проводимости и возбудимости.
585. Гипертрофия миокарда левого желудочка и левого предсердия.
586. -Любые из упомянутых отклонений.
587. Какие из приведенных показателей соответствуют I ст. активности системного склероза?
588. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
589. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
590. -Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдромРейно, СОЭ до 20 мм/час.
591. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
592. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
593. Какие из приведенных показателей соответствуют II ст. активности системного склероза?
594. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час
595. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдромРейно, СОЭ до 20 мм/час.
596. -Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
597. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
598. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
599. Какие из приведенных показателей соответствуют III ст. активности системного склероза?
600. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
601. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ 20-35 мм/час.
602. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
603. -Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
604. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.
605. При каких формах системной склеродермии поражается кожа лица в виде "кисета"?
606. Каплевидная.
607. Бляшечная.
608. Линейная.
609. Кольцевидная.
610. -CREST-синдром.
611. Какие критерии позволяют дифференцировать системной склеродермию и ревматоидный артрит в пользу системной склеродермии?
612. Анкилозирующий полиартрит мелких суставов кистей.
613. Выраженная утренняя скованность.
614. -Сращение капсулы сустава, сухожилий с индуративно измененной кожей
615. Все приведенные критерии позволяют провести дифференциальную диагностику.
616. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
617. Какие критерии позволяют дифференцировать системной склеродермию и ревматоидный артрит в пользу системного склероза?
618. Эрозивный полиартрит мелких суставов кистей.
619. Выраженная утренняя скованность.
620. Склонность к анкилозированию суставов
621. Выявление ревматоидного фактора в крови.
622. -Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
623. Какие критерии позволяют дифференцировать системной склеродермию и системную красную волчанку в пользу системной склеродермии?
624. -Фиброзирующий, деформирующий артрит мелких суставов кистей рук.
625. Отсутствие анкилоза пораженных суставов.
626. Симметричный артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей рук
627. Выраженная утренняя скованность.
628. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
629. Какие критерии позволяют дифференцировать диффузный вариант системного склероза и системную красную волчанку в пользу системного склероза?
630. Поражение почек.
631. Поражение легких.
632. Присутствие в крови единичных LE-клеток.
633. Положительный тест на ревматоидный фактор.
634. -Присутствие в крови антител к антигену Scl-70.
635. Какие препараты и сочетания препаратов эффективны при лечении системного склероза?
636. D-пенициламин с преднизолоном.
637. Колхицин.
638. Делагил.
639. Азатиоприн с преднизолоном.
640. -Все обозначенные.
641. Какие препараты целесообразно назначать при диффузной форме системного склероза с выраженными и тяжелыми системными проявлениями, высокой активности патологического процесса?
642. D-пенициламин.
643. Колхицин.
644. Делагил.
645. -Преднизолон.
646. Все обозначенные.
647. Какие препараты следует применять в комплексном лечении системного склероза для улучшения периферического кровоснабжения?
648. Нифедипин.
649. Лизиноприл.
650. Курантил.
651. -Все указанные.
652. Ни один из указанных выше.
653. Для лечения артралгий и суставного синдрома у больных системным склерозом предпочтительно следует использовать?
654. Диклофенак-натрия.
655. Ибупрофен.
656. Напроксен.
657. Нимесулид.
658. -Любой из перечисленных препаратов.
659. Для лечения миалгий, суставного синдрома у больных системным склерозом с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки предпочтительно следует использовать:
660. Диклофенак-натрия.
661. Ибупрофен.
662. Напроксен.
663. -Нимесулид.
664. Любой из перечисленных препаратов.
665. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с системным склерозом для диагностики заболевания обязательными лабораторными исследованиями являются все, кроме:
666. Определение уровня СРБ в сыворотке крови
667. Определение уровня альбуминов в крови
668. Определение суточной потери белка с мочой
669. Определение АТ к ядерным АГ и ДНК
670. Общий анализ мочи
671. Биохимическй анализ крови
672. Клинический анализ крови
673. -Коагулограмма
674. - Проба с туберкулином
675. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с системным склерозом для диагностики заболевания обязательными инструментальными исследованиями являются все, кроме:
676. УЗИ органов брюшной полости
677. ЭКГ
678. Рентенограмма органов грудной клетки
679. - ФГДС
680. - ЭХО-КГ
681. Какие методы местного лечения показаны при системной склеродермии?
682. Аппликации раствора димексида на пораженные участки кожи.
683. Смазывание кожи мазями, содержащими сульфатированные гликозаминогликаны.
684. Обкалывание пораженной кожи лидазой.
685. Электрофорез, фонофорез лидазы в индуративно измененные участки кожи.
686. -Все перечисленные методы показаны для применения при данном заболевании.
687. Какая формулировка наиболее полно соответствует определению дерматомиозита-полимиозита?
688. Системное воспалительное заболевание гладкой и скелетной мускулатуры, кожи, сосудов с поражением сердца, формированием эрозивногополиартрита.
689. Системное воспалительное заболевание с деструктивным поражением мышц, суставов, кожи, сердца, почек.
690. -Системное воспалительное заболевание с замещением пораженных тканей фиброзными структурами с преимущественным вовлечением в патологический процесс скелетной и гладкой мускулатуры, кожи, мелких сосудов.
691. Системный коллагеноз с фиброзирующим васкулитом мелких сосудов кожи, мышц, внутренних органов, эрозивно-язвенным артритом.
692. Системное заболевание опорно-двигательного аппарата воспалительной природы с прогрессирующим фиброзом кожи, гладких и скелетных мышц, эрозивным полиартритом.
693. Что может являться этиологическим фактором дерматомиозита-полимиозита?
694. Инфекция кариновирусами.
695. Инфекция вирусами группы Коксаки.
696. Опухолевый процесс в организме.
697. -Любой из упомянутых факторов.
698. Ни один из упомянутых факторов.
699. К предрасполагающим факторам развития дерматомиозита-полимиозита относятся:
700. Наличие антигена гистосовместимости HLA B8.
701. Наличие антигена гистосовместимости DR3.
702. Латентное течение опухолевого поражения у пожилых людей.
703. -Любой из упомянутых факторов.
704. Ни один из упомянутых факторов.
705. Какие формы клинического течения не характерны для дерматомиозита-полимиозита?
706. -Латентная.
707. Острая.
708. Подострая.
709. Хроническая.
710. Все упомянутые формы клинического течения характерны.
711. Типичными клиническими проявлениями дерматомиозита являются:
712. Миопатия.
713. Поражение кожи.
714. Артропатия.
715. Васкулит.
716. -Все перечисленные.
717. У больных дерматомиозитом-полимиозитом в первую очередь поражаются следующие мышцы:
718. Глазодвигательные.
719. -Проксимальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
720. Дистальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
721. Все упомянутые группы мышц.
722. Ни одна из упомянутых групп мышц.
723. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с дерматополимиозитом для диагностики заболевания обязательными медицинскими процедурами все, кроме:
724. - Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога
725. Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный
726. - Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога
727. Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры
728. - Прием (осмотр, консультация) врача невролога
729. В форме какого синдрома чаще всего проявляется иммунокомплексный васкулит мелких сосудов у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
730. Синдром Шегрена.
731. -Синдром Рейно.
732. Синдром Лайела.
733. Синдром Шенлейн-Геноха.
734. Синдром Фелти.
735. Какие симптомы свидетельствуют о поражении легких у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
736. Непродуктивный кашель.
737. Диффузный цианоз.
738. Одышка.
739. -Все перечисленные.
740. Ни один из перечисленных.
741. Какие изменения в моче могут выявляться у больных дерматомиозитом-полимиозитом?
742. Небольшая протеинурия (редко).
743. Увеличение содержания креатинина.
744. Увеличение содержания миоглобина.
745. -Все упомянутые изменения типичны для данного заболевания.
746. Все упомянуте изменения не типичны для данного заболевания.
747. Какие результаты электромиографического исследования характерны для дерматомиозита-полимиозита?
748. Нормальная электрическая активность при расслабленных мышцах.
749. Низкоамплитудная электрическая активность при произвольных сокращениях.
750. Короткие, полифазные потенциалы моторных единиц.
751. Спонтанные потенциалы фибрилляции.
752. -Все перечисленные изменения характерны для данного заболевания.
753. Какие отклонения ЭКГ наблюдаются у больных с дерматомиозитом-полимиозитом?
754. Уменьшение амплитуды GRS-комплексов.
755. Диффузные изменения миокарда левого и правого желудочков.
756. Политопная экстрасисстолия.
757. А-В-блокады различной степени.
758. -Все перечисленное характерно для данного заболевания.
759. Обнаружение каких рентгенологических находок не характерно для дерматомиозита-полимиозита?
760. Кальцинаты в мышцах.
761. Умеренный диффузный остеопороз.
762. Признаки фиброзирующего альвеолита.
763. Базальный пневмофиброз.
764. -Экссудативный плеврит.
765. При биопсии кожно-мышечного лоскута у больных дерматомиозитом-полимиозитом может выявляться:
766. Миозит с потерей поперечной исчерченности, фрагментацией миофибрилл.
767. Базофилия саркоплазматического ретикулума миоцитов.
768. Очаги некроза, фиброза.
769. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация мышечной ткани.
770. -Все перечисленные.
771. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и системной склеродермии в пользу дерматомиозита-полимиозита?
772. Отсутствует сращение склерозированной кожи с подлежащими фасциями, надкостницей.
773. Отсутствует орозивный или фиброзирующий артрит мелких суставов кистей рук.
774. Отсутствуют признаки укорочения концевых фаланг пальцев кисти.
775. -Можно использовать все указанные критерии.
776. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.
777. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и ревматоидного артрита в пользу дерматомиозита-полимиозита?
778. Выраженная утренняя скованность.
779. -Отсутствие узур суставных поверхностей в пораженных суставах.
780. Симметричное поражение суставов кистей.
781. Можно использовать все указанные критерии.
782. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.
783. Кто менее всего склонен к железодефицитной анемии?
784. Дети.
785. Женщины детородного возраста.
786. беременные женщины.
787. Девочки-подростки.
788. -Мужчины.
789. Недостаточное поступление железа в организм обусловлено некоторыми из ниже перечисленных причин, кроме:
790. -Желчнокаменная болезнь.
791. Хронический энтерит с синдромом мальабсорбции.
792. Резекция желудка с выключением 12-перстной кишки (Бильрот-П).
793. Голодание.
794. Вегетарианство (растительная диета).
795. Из каких блюд лучше усваивается железо?
796. Овощных.
797. Молочно-овощных.
798. -Мясных.
799. Кисломолочных.
800. Из любых упомянутых.
801. Какие синдромы не входят в клиническую картину железодефицитной анемии?
802. -Иммунного дефицита.
803. Анемический.
804. Сидеропенический.
805. Все входят.
806. -Синдром гепатомегалии.
807. Для анемического синдрома характерны некоторые ниже перечисленные признаки, кроме:
808. Тахикардии, одышка при физической нагрузке.
809. Мышечная слабость.
810. Снижения умственной работоспособности.
811. -Повышения артериального давления.
812. Склонности к обморокам.
813. Для сидеропенического синдрома характерны некоторые из нижеперечисленных признаков, кроме:
814. Хрупкость и ломкость ногтей.
815. Поперечная исчерченность ногтей.
816. -Артралгия.
817. Сухая кожа.
818. Ломкость и выпадение волос.
819. -Парестезии и нарушения чувствительности.
820. Для железодефицитной анемии типичны некоторые из ниже перечисленных признаков, кроме:
821. Субфебрилитет.
822. -Поперхивание больного.
823. -Жалобы на жжение в языке.
824. Желание есть мел, известь, глину.
825. Ложкообразная форма ногтей.
826. Для сидеропенического синдрома характерны некоторые из ниже перечисленные признаки, кроме:
827. Непроизвольное мочеиспускание при кашле, смехе.
828. -Зуд кожных покровов.
829. Изъязвления, трещины в углах рта.
830. -Жжение в языке.
831. Извращение вкусовых ощущений.
832. У больных железодефицитной анемией общий анализ крови позволяет выявить некоторые из ниже перечисленных отклонений, кроме:
833. Гипохромия эритроцитов.
834. Анизоцитоз.
835. Пойкилоцитоз.
836. -Макроцитоз.
837. Микроцитоз.
838. Ниже какого уровня снижается содержание сывороточного железау больных с железодефицитной анемией?
839. 130 мкмоль/л.
840. -у мужчин менее 13 мкмоль/л, у женщин - менее 11,5 мкмоль/л
841. 1,3 мкмоль/л.
842. 3-0,13 мкмоль/л.
843. 0,013 мкмоль/л.
844. Какие сдвиги из перечисленных ниже имеют место при железодефицитной анемии?
845. Ретикулоцитоз.
846. -Повышенная железо-связывающая способность сыворотки.
847. Избыточное депонирование железа в костном мозге.
848. Подавление синтеза цепей глобина.
849. Повышенная резистентность эритроцитов к гемолизу в кислой среде.
850. -Снижение уровня сывороточного железа.
851. Какой показатель наиболее полно отражает запасы циркулирующегов крови железа?
852. Гемоглобин.
853. -Ферритин.
854. Концентрация эритроцитов.
855. Цветной показатель крови.
856. Объем эритроцитов.
857. Наиболее надежными критериями диагностики железодефицитной анемии являются:
858. -Уровень ферритина в плазме.
859. -Количество сидеробластов в костном мозге.
860. Концентрация эритроцитов в крови.
861. Коэффициент вариации объема эритроцитов.
862. -Цветной показатель крови, МСН, МСV.
863. Форма эритроцитов.
864. Содержание гемоглобина в крови.
865. Какое осложнение может возникнуть на фоне длительного бесконтрольного приема железосодержащих препаратов?
866. Миелолейкоз.
867. -Гемохроматоз.
868. Пептическая язва желудка.
869. Синдром Шегрена.
870. Пиодермия.
871. Какой побочный эффект может возникнуть при парентеральном введении железосодержащих препаратов?
872. Тошнота.
873. Запор.
874. Вздутие живота.
875. -Анафилактическая реакция.
876. -Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, как следствие анафилактического шока.
877. Какой признак является наиболее ранним свидетельством эффективности терапии железодефицитной анемии?
878. -Ретикулоцитоз.
879. Повышение уровня гемоглобина крови.
880. Увеличение цветного показателя.
881. Нормализация концентрации эритроцитов.
882. -Увеличение уровня сывороточного железа.
883. Средством выбора неотложной терапии тяжелой железодефицитной анемии (анемическая кома) является:
884. Пероральная терапия железосодержащими препаратами.
885. Парентеральная терапия железосодержащими препаратами.
886. Инфузии цельной крови.
887. -Инфузии эритроцитарной массы.
888. Сочетание перечисленных выше средств.
889. Причиной возникновения мегалобластной анемии не являются:
890. Дефицит фолиевой кислоты.
891. Дефицит метилмолоновой кислоты.
892. Дефицит цианкобаламина.
893. Все перечисленные факторы.
894. Ни один из перечисленных факторов.
895. В каких продуктах присутствует в достаточном количестве фолиевая кислота?
896. -Мясо отварное.
897. Мясо консервированное.
898. -Овощи свежие.
899. -Свежая зелень (шпинат, петрушка).
900. Во всех перечисленных продуктах.
901. Каким образом цианкобаламин поступает в кровь?
902. -В несвязанном состоянии (около 1% от общего количества витамина В12).
903. -В связанном с гастромукопротеином состоянии.
904. Превратившись в гастромукопротеин.
905. Превратившись в кишечнике в дезоксиаденозилкобаламин.
906. Превратившись в кишечнике в метилкобаламин.
907. Где преимущественно депонируется цианкобаламин?
908. В селезенке.
909. В костном мозге.
910. -В печени.
911. В скелетных мышцах.
912. В жировой клетчатке.
913. В течение какого времени потребности организма в цианкобаламине могут удовлетворяться из внутреннего депо?
914. 2-5 дней.
915. 2-5 недель.
916. 2-5 месяцев.
917. -2-5 лет.
918. Всю жизнь.
919. В течение какого времени потребности организма в фолиевой кислоте могут удовлетворяться из внутреннего депо?
920. 2-5 дней.
921. 2-5 недель.
922. -2-5 месяцев.
923. 2-5 лет.
924. Всю жизнь.
925. Какие причины могут вызвать дефицит цианкобаламина в организме человека?
926. Глистная инвазия широким лентецом.
927. Атрофический гастрит с гистаминрезистентной ахлоргидрией.
928. Гастрэктомия.
929. Рак желудка.
930. -Все перечисленные причины.
931. Какие паразитарные заболевания могут вызвать дефицит цианкобаламина в организме человека?
932. -Инвазия широким лентецом.
933. Инвазия власоглавом.
934. Инвазия аскаридами.
935. Инвазия эхинококком.
936. Все перечисленные варианты.
937. Какие заболевания обычно не вызывают дефицит цианкобаламина в организме человека?
938. -Хронический пиелонефрит.
939. Цирроз печени.
940. Болезнь Крона (терминальный илеит).
941. Все перечисленные.
942. Ни одно из перечисленных.
943. Какие причины могут привести к дефициту фолиевой кислоты в организме человека?
944. Алкоголизм.
945. Алиментарная недостаточность.
946. Лечение метатрексатом.
947. Резекция тонкой кишки.
948. -Все перечисленные причины.
949. Какие вещества не являются коферментами, синтезирующимися в организме из витамина В12?
950. -Метилмалоновая кислота.
951. Дезоксиаденозилкобаламин.
952. Метилкобаламин.
953. Все являются такими коферментами.
954. Все не являются такими коферментами.
955. Какая субстанция вызывает фуникулярный миелоз у больных В12-дефицитной анемией?
956. Уридинмонофосфат.
957. Тимидинмонофосфат.
958. Метилкобаламин.
959. -Метилмалоновая кислота.
960. Дезоксиаденозилкобаламин.
961. -Пропионовая кислота.
962. Какие негативные процессы вызываются дефицитом фолиевой кислоты?
963. -Мегалобластный тип кроветворения.
964. Фуникулярный миелоз.
965. Цирроз печени.
966. Психозы.
967. Все перечисленное верно.
968. Для клинической картины мегалобластной анемии не характерны следующие синдромы:
969. Синдром патологии органов пищеварения.
970. Анемический синдром.
971. Синдром неврологической патологии.
972. -Нефротический синдром.
973. -Лимфоаденопатический синдром.
974. Все перечисленные нехарактерны.
975. Какие изменения общего анализа крови типичны для мегалобластной анемии?
976. Гипохромная анемия с пойкилоцитозом, анизоцитозом, шизоцитозом.
977. -Гиперхромная анемия с макроцитозом, анизоцитозом, пойкилоцитозом.
978. -Гиперсегментированные нейтрофилы.
979. -Тельца Жоли и кольца Кебота в эритроцитах.
980. Все типичны.
981. Какие патологические отклонения в биохимическом анализе сыворотки крови возможны у больных с мегалобластной анемией?
982. Небольшое уменьшение содержания железа.
983. Увеличение содержания коньюгированной фракции билирубина.
984. -Увеличение содержания неконыюгарованной фракции билирубина.
985. Умеренная гипергликемия натощак.
986. Все возможны.
987. -Умеренное повышение уровня сывороточного железа.
988. Какие изменения в костном мозге не типичны для дефицита цианкобаламина?
989. -Преобладание лейкоцитарных клеток над эритроидными.
990. Преобладание эритроидных клеток над лейкоидньми.
991. Гигантские гиперсегментированные нейтрофилы.
992. Эмбриональный мегалобластный тип эритропоэза.
993. Все типичны.
994. Какие изменения в костном мозге не типичны для дефицита фолиевой кислоты?
995. Преобладание эритроидных клеток над лейкоидными.
996. Гигантские гиперсегментированные нейтрофилы.
997. -Плазматизация костного мозга,
998. Эмбриональный мегалобластный тип эритропоэза.
999. Все типичны.
1000. Какие лекарства нельзя вводить и давать внутрь больным с подозрением на мегалобластную анемию перед проведением стернальной пункции?
1001. Фолиевая кислота.
1002. Цианкобаламин.
1003. Оксикобаламин.
1004. Все можно давать.
1005. -Все нельзя давать.
1006. Какими дозами цианкобаламина начинают лечить мегалобластную анемию?
1007. 50- 100 мкг ежедневно внутримышечно.
1008. 100-200 мкг ежедневно внутримышечно.
1009. 200-400 мкг ежедневно внутримышечно.
1010. -400-500 мкг ежедневно внутримышечно.
1011. 1000 мкг ежедневно внутримышечно.
1012. Какими дозами цианкобаламина начинают лечить мегалобластную анемию, осложненную фуникулярным миелозом?
1013. 50-100 мкг ежедневно внутримышечно.
1014. 100-200 мкг ежедневно внутримышечно.
1015. 200-400 мкг ежедневно внутримышечно
1016. 400-500 мкг ежедневно внутримышечно.
1017. -1000 мкг ежедневно внутримышечно.
1018. Главным критерием эффективности лечения и начинающейся ремиссии мегалобластной анемии является:
1019. Исчезновение иктеричности кожных покровов.
1020. -Появление большого количества ретикулоцитов в периферической крови
1021. Уменьшение бледности кожных покровов.
1022. Улучшение общего самочувствия больного.
1023. Закрепляющая терапия мегалобластной анемии состоит в назначении:
1024. 100 мкг цианкобаламина внутримышечно 3 раза в неделю в течение 4 месяца.
1025. 400 мкг цианкобаламина внутримышечно 1 раз в неделю в течение 6 месяцев.
1026. -500 мкг цианкобаламина внутримышечно 2 раза в неделю 3 месяца.
1027. -500 мкг оксикобаламина внутримышечно 2 раза в неделю 3 месяца.
1028. Любая из перечисленных.
1029. Поддерживаюаяй терапия мегалобластной анемии заключается в назначении:
1030. 100 мкг цианкобаламина внутримышечно 1 раз в неделю пожизненно.
1031. -400 мкг цианкобаламина внутримышечно 2 раза в месяц пожизненно.
1032. 500 мкг цианкобаламина внутримышечно 2 раза в месяц 3 года подряд.
1033. 500 мкг оксикобаламина внутримышечно 2 раза в месяц 3 года подряд.
1034. Любая из перечисленных.
1035. -500 мкг оксикобаламина 1 раз в месяц пожизненно.
1036. Для купирования глубокой анемии при угрозе развития анемической комы у больных мегалобластной анемией в первую очередь используют:
1037. Введение 1000 мкг цианкобаламина ежедневно 5-10 дней.
1038. Введение вместе с цианкобаламином 500 мкг кофермента кобамина.
1039. -Трансфузия эритроцитарной массы.
1040. Введение реополиглюкина.
1041. Все перечисленное следует использовать.
1042. К какой категории заболеваний относится наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского-Шаффара)?
1043. К гемолитическим анемиям, вызванным аутоиммунными нарушениями.
1044. -К гемолитическим анемиям, вызванным врожденным дефектом мембраны эритроцитов.
1045. К гемолитическим анемиям, вызванным врожденным дефектом ферментных систем эритроцита.
1046. К гемолитическим анемиям, вызванным врожденным дефектам структуры гемоглобина.
1047. К гемолитическим анемиям, вызванным врожденным дефектом механизмов синтеза цепей глобина.
1048. Какие патологические сдвиги имеют место у больных с наследственным микросфероцитозом (болезнь Минковского Шаффара)?
1049. -Поражены гены, ответственные за синтез мембранных белков спектрина и анкирина.
1050. Поражены гены, ответственные за синтез глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.
1051. Поражены гены, ответственные за синтез цепей глобина.
1052. Поражены гены, ответственные за синтез нормального гемоглобина.
1053. Поражена иммунная система с формированием двухфазных гемолизинов.
1054. Эритроциты больных с наследственным микросфероцитозом (болезнь Минковского Шаффара) преимущественно разрушаются:
1055. В артериальных сосудах.
1056. В венозных сосудах.
1057. В печени.
1058. -В селезенке.
1059. Во всех перечисленных местах.
1060. Что происходит с эритроцитами у больныхнаследственным микросфероцитозом (болезнь Минковского Шаффара)?
1061. -Синтезируются эритроциты шаровидной формы маленьких размеров.
1062. Синтезируются эритроциты шаровидной формы нормальных или увеличенных размеров.
1063. Крупные шаровидные эритроциты секвестрируются в селезенке, превращаясь в шаровидные микроциты.
1064. Все перечисленное верно.
1065. Все перечисленное не верно.
1066. Какие метаболические отклонения характерны для наследственного микросфероцитоза (болезнь Минковского Шаффара)?
1067. Повышенное содержание коньюгированного билирубина в крови.
1068. -Повышенное содержание неконьюгированного билирубина в крови.
1069. Повышенное содержание холестерина в крови.
1070. -Повышенное содержание холестерина в желчи.
1071. Все характерны.
1072. Какие метаболические отклонения характерны для наследственного микросфероцитоза (болезнь Минковского Шаффара)?
1073. Повышенное содержание уробилина в моче.
1074. Повышенное содержание неконьюгированного билирубина в крови.
1075. Повышенное содержание стеркобилина в кале.
1076. Повышенное содержание билирубина в желчи.
1077. -Все перечисленное верно.
1078. Отрицательная проба Кумбса.
1079. Снижение осмотической резистентности эритроцитов.
1080. Какие осложнения типичны для наследственной микросфероцитарной анемии (болезнь Минковского Шаффара)?
1081. -Желчнокаменная болезнь.
1082. Острая печеночная недостаточность.
1083. Хроническая почечная недостаточность.
1084. Все перечисленные
1085. Какие жалобы предъявляют больные с наследственной микросфероцитарной анемией (болезнь Минковского Шаффара)?
1086. Общая слабость.
1087. Снижение физической трудоспособности.
1088. Снижение умственной трудоспособности.
1089. Приступы болей в правом подреберье (печеночные колики).
1090. -Все перечисленные.
1091. Какие из перечисленных ниже изменений внутренних органов всегда имеют место у больных с наследственной микросфероцитарной анемией (болезнь Минковского Шаффара)?
1092. Кардиомегалия.
1093. Фибромиома матки.
1094. -Спленомегалия.
1095. Диффузная гиперплазия щитовидной железы.
1096. Все перечисленные.
1097. Какие из перечисленных отклонений могут наблюдаться у больных с наследственной микросфероцитарной анемией -болезнь(Минковского Шаффара)?
1098. Квадратный башенный череп.
1099. Микрофтальмия.
1100. Высокое "готическое" нёбо, аномальное расположение зубов.
1101. Укороченные мизинцы.
1102. -Все перечисленное.
1103. Какое клиническое течение наиболее характерно для наследственной микросфероцитарной анемии (болезнь Минковского Шаффара)?
1104. Приступообразное с абсолютно бессимптомным межприступным периодом.
1105. -Волнообразное с обострениями и малосимптомными ремиссиями (с незначительной бледностью, истеричностью, спленомегалией).
1106. Непрерывный гемолитический статус без обострений и ремиссий,
1107. Бывают все перечисленное варианты.
1108. Не бывает ни один из перечисленных вариантов.
1109. Какие лабораторные данные не специфичны для наследственной микросфероцитарной анемией (болезнь Минковского Шаффара)?
1110. Резкое удлинение гемолиза в методе кислотных эритрограмм.
1111. -Положительная проба Кумбса.
1112. Спонтанный аутогемолиз после двухсуточной инкубации при 37° С.
1113. Сниженная осмотическая резистентность эритроцитов.
1114. Все специфичны.
1115. Для биохимического анализа у больных с наследственной микросфероцитариой анемией (болезнь Минковского Шаффара) типичны следующие отклонения:
1116. Высокий уровень мочевины"
1117. Высокий уровень коньюгированного билирубина.
1118. -Высокий уровень неконьюгированного билирубина.
1119. Высокий уровень мочевой кислоты.
1120. Все перечисленные отклонения могут иметь место.
1121. Какие лабораторные данные типичны для наследственной микросфероцитарной анемии (болезнь Минковского Шаффара)?
1122. -Увеличенное содержание билирубина в крови и уробилина в моче.
1123. Протеинурия.
1124. Аминоацидоурия.
1125. Увеличение содержания жира в кале (стеаторея).
1126. Все типичны.
1127. Какие отклонения можно обнаружить при ультразвуковом исследованиибольных наследственной микросфероцитарной анемией (болезнь Минковского Шаффара)?
1128. Гиперплазию лимфоузлов в воротах печени.
1129. -Спленомегалию.
1130. Асцит.
1131. Очаги жирового некроза в большом сальнике.
1132. Все перечисленные.
1133. Какой метод лечения наиболее эффективен у больных наследственной микросфероцитарной анемией (болезнь Минковского Шаффара)?
1134. Систематические переливания эритроцитарной массы.
1135. -Спленэктомия.
1136. Курсовое лечение глюкокортикоидньми гормонами.
1137. Лечение цитостатическими препаратами.
1138. Пересадка костного мозга.
1139. Что из перечисленного способно провоцировать гемолиз у больных с наследственным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы?
1140. Прием лекарственных препаратов, обладающих свойствами окислителя.
1141. Употребление в пищу конских бобов.
1142. Гипоксия.
1143. -Все перечисленное способно.
1144. Все перечисленное не способно.
1145. Какие патогенетические механизмы приводят к гемолизу у больных с наследственным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы?
1146. Нарушение структуры белков мембраны эритроцитов.
1147. -Нарушение противоокислительных метаболических систем эритроцитов.
1148. Нарушение механизмов синтеза цепей глобина.
1149. Образование аномального гемоглобина.
1150. Повышенная чувствительность к гемолитическому действию комплемента.
1151. Какой характер клинического течения гемолитической анемии чаще всего наблюдается при наследственном дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы?
1152. -Приступообразный.
1153. Постоянный небольшой гемолиз.
1154. Постоянный интенсивный гемолиз.
1155. Волнообразный со слабо выраженными обострениями и ремиссиями.
1156. Все перечисленные варианты могут иметь место.
1157. Для стимуляции лейкопоэза при легких, неосложненных формах агранулоцитоза следует назначать:
1158. -Метилурацил.
1159. Аспирин.
1160. Левомицетин.
1161. Сульфадимезин.
1162. Любой из перечисленных препаратов.
1163. -Фолиевая кислота.
1164. Антибиотики больным агранулоцитозом при отсутствии других конкретных показаний не назначаются:
1165. -При содержании лейкоцитов в периферической крови выше 1,5x109/л.
1166. При содержании лейкоцитов в периферической крови ниже 1,5х109/л.
1167. При наличии у больного хронического пиелонефрита.
1168. Следует назначать независимо от упомянутых обстоятельств.
1169. Ни при каких обстоятельствах не следует назначать антибиотики.
1170. Какие обстоятельства требуют обязательного назначения антибиотиков больным агранулоцитозом?
1171. -Содержание лейкоцитов в периферической крови ниже 1,5x109/л.
1172. Артралгии.
1173. Миалгии.
1174. Следует назначить независимо от упомянутых обстоятельств.
1175. Ни при каких обстоятельствах не следует назначать антибиотики.
1176. Какие препараты и лечебные мероприятия не следует назначать больным агранулоцитозом, осложненным некротической энтеропатией?
1177. -Очистительные клизмы.
1178. Бисептол - 3 г/сутки
1179. Полимиксин В - 0.4 г/сутки вместе с амфотерицином В - 2 г/сутки.
1180. Все можно назначать.
1181. Все упомянутое не следует назначать при данном заболевании.
1182. Какая формулировка соответствует определению острого миелоидного лейкоза?
1183. Миелопролиферотивная опухоль, субстратом которой являются лимфобласты, лишенные способности дифференцироваться в зрелые клетки крови.
1184. Миелопролиферотивная опухоль, субстратом которой являются миелобласты, лишенные способности дифференцироваться в зрелые клетки крови.
1185. Миелопролиферотивная опухоль, субстратом которой являются эритробласты, лишенные способности дифференцироваться в зрелые клетки крови.
1186. Миелопролиферотивная опухоль, субстратом которой является стволоваяклетка, лишенная способности дифференцироваться в зрелые клетки крови.
1187. -Миелопролиферотивная опухоль, субстратом которой являются бласты, лишенные способности дифференцироваться в зрелые клетки крови.
1188. Какие процессы могут играть роль в этиологии острого лейкоза?
1189. Вирусная инфекция.
1190. Ионизирующая радиация.
1191. Наследственная предрасположенность.
1192. Ни один из перечисленных.
1193. -Все перечисленные.
1194. К патогенезу острого лейкоза не относится:
1195. Конкурентное метаболическое подавление опухолью из лейкозных бластов нормальных ростков кроветворения.
1196. Вытеснение опухолью из лейкозных бластов нормальных ростков кроветворения из костного мозга.
1197. Метастазирование опухоли из лейкозных бластов из костного мозга во внутренние органы.
1198. -Все упомянутое относится к патогенезу данного заболевания.
1199. Ничего из упомянутого не относится к патогенезу данного заболевания.
1200. Каких видов острого лейкоза не существует?
1201. Острые лимфобластные лейкозы.
1202. Острые нелимфобластные лейкозы.
1203. -Острые миелолимфобластные лейкозы.
1204. Ни один из упомянутых не существует.
1205. Все упомянутые существуют.
1206. Каких типов острого лимфобластного лейкоза не существует?
1207. L1 - острый лимфобластный лейкоз с малыми размерами бластов.
1208. L2 - острый лимфобластный лейкоз со средними размерами бластов.
1209. L3 - острый лимфобластный лейкоз с большимиразмерами бластов.
1210. Ни один из упомянутых не существует.
1211. -Все существуют.
1212. Какой из перечисленных лейкозов не является миелопролиферативным?
1213. Острый недифференцированный лейкоз.
1214. Острый миелобластный лейкоз без вызревания клеток.
1215. Острый миелобластный лейкоз с признаками вызревания клеток.
1216. Острый промиелоцитарный лейкоз.
1217. -Острый лимфобластный лейкоз.
1218. Какой из перечисленных лейкозов не является миелопролиферативным?
1219. Острый миеломонобластный лейкоз
1220. Острый монобластный лейкоз.
1221. -Острый микролимфобластный лейкоз.
1222. Острый эритромиелоз.
1223. Все являются миелогенными.
1224. Какие варианты начала заболевания не типичны для острого лейкоза.
1225. Острое, похожее на грипп.
1226. Постепенное начало.
1227. Бессимптомное начало.
1228. -Все варианты типичны
1229. Все варианты не типичны
1230. Какие стадии не относятся к эволюции острого лейкоза?
1231. Начальный период.
1232. Стадия развернутых клинико-гематологических проявлений-первая атака.
1233. Ремиссия, достигнутая в результате проводимого лечения.
1234. -Все относятся.
1235. Ни одна не относится.
1236. Какие стадии не относятся к эволюции острого лейкоза?
1237. Рецидив (вторая или последующие атаки).
1238. Выздоровление.
1239. -Неполное выздоровление.
1240. Терминальная стадия.
1241. Все относятся.
1242. Какие объективные находки типичны для острого лейкоза?
1243. Умеренная спленомегалия
1244. Увеличение периферических лимфоузлов.
1245. Лейкозные инфильтраты на коже (лейкемиды).
1246. -Все типичны.
1247. Все не типичны.
1248. Какие синдромы не типичны для стадии развернутых клинико-гематологических проявлений острого лейкоза?
1249. Гиперпластический (инфильтративный) синдром.
1250. Анемический синдром.
1251. Геморрагический синдром.
1252. -Нефротический синдром.
1253. Все типичны.
1254. Какие синдромы типичны для стадии развернутых клинико-гематологических проявлений острого лейкоза?
1255. -Гиперпластический (инфильтративный) синдром.
1256. Синдром повышенной вязкости крови.
1257. -Синдром иммунодефицита.
1258. -Синдром нейролейкемии.
1259. Все типичны.
1260. Для гиперпластического (инфильтративного) синдромапри остром лейкозе не характерно:
1261. Спленомегалия.
1262. Лимфаденопатия.
1263. -Эритромелалгия.
1264. Гепатомегалия.
1265. Лейкемиды на коже.
1266. Для синдрома иммунодефицита при остром лейкозе характерно:
1267. Поражение всех звеньев иммунитета.
1268. Высокая лихорадка.
1269. Проявление очагов язвенно-некротического воспаления.
1270. Сепсис.
1271. -Все характерно.
1272. Для синдрома нейролейкемии при остром лейкозе характерно:
1273. метастатические очаги бластной пролиферации в мозговых оболочках.
1274. лейкозные инфильтраты в веществе головного мозга.
1275. менингиальные симптомы - головная боль, тошнота, рвота, нарушение зрения, ригидность затылочных мышц.
1276. -Все характерно.
1277. Все упомянутое не характерно для данного синдрома.
1278. При каком морфологическом типе острого нелимфобластного лейкоза всегда развивается ДВС-синдром.
1279. Острый недифференцированный лейкоз (МО).
1280. -Острый промиелоцитарный лейкоз (МЗ).
1281. Острый миеломонобластный лейкоз (М4).
1282. При всех характерно.
1283. При всех не характерно.
1284. Для какого типа острого нелимфобластного лейкоза характерен мегалобластоподобный тип кроветворения?
1285. Острый миелобластный лейкоз (М1-М2).
1286. Острый промиелоцитарный лейкоз (МЗ).
1287. Острый миеломонобластный лейкоз (М4).
1288. Острый монобластный лейкоз (М5).
1289. -Острый эритромиелоз (М6).
1290. Какие отклонения в общем анализе крови типичны для острого лейкоза?
1291. Лейкоцитоз.
1292. Нормальное содержание лейкоцитов.
1293. Лейкопения.
1294. -Все типичны.
1295. Все не типичны.
1296. Какие отклонения в общем анализе крови типичны для острого лейкоза?
1297. В мазке присутствуют бласты и зрелые лейкоциты, а клеток на промежуточных стадиях дифференциации нет.
1298. Тромбоцитопения.
1299. Снижено количество эритроцитов, гемоглобина.
1300. -Все типичны.
1301. Все не типичны.
1302. Какие отклонения в морфологической картине костного мозга не типичны для острого лейкоза?
1303. Более З0% ядросодержащих клеток костного мозга - бласты.
1304. Снижено содержание элементов гранулоцитарного ростка.
1305. Снижено содержание элементов мегакариоцитарного ростка.
1306. Снижено содержание элементов эритроцитарного ростка.
1307. -Все отклонения типичны.
1308. Какие решающие критерии могут быть использованы для дифференциальной диагностики острого лейкоза и лейкемоидных реакций в пользу острого лейкоза?
1309. -В мазке присутствуют бласты и зрелые лейкоциты, а клеток на промежуточных стадиях дифференциации нет.
1310. Анемия.
1311. Тромбоцитопения.
1312. Все приведенные критерии могут быть использованы.
1313. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.
1314. Какие критерии могут быть использованы для дифференциальной диагностики острого лейкоза и агранулоцитоза в пользу острого лейкоза?
1315. -Высокое содержание бластных клеток в костном мозге.
1316. -Присутствие бластных клеток в периферической крови.
1317. Анемия.
1318. Все перечисленные.
1319. Какие критерии не могут быть использованы для дифференциальной диагностики острого лейкоза и апластической анемии в пользу остроголейкоза?
1320. Увеличены лимфатические узлы.
1321. Увеличена селезенка.
1322. -Обеднение костного мозга клеточными структурами, повышенное содержание в нем жировой ткани.
1323. Присутствие в периферической крови бластных клеток.
1324. Все критерии могут быть использованы.
1325. Что может быть исключено из плана обследования больного острым лейкозом без существенных потерь для качества диагностики?
1326. Общий анализ крови.
1327. Стернальная пункция и/или трепанобиопсия крыла подвздошной кости.
1328. -Биопсия кожно-мышечного лоскута.
1329. Иммунотипирование популяционной (В и Т) принадлежности лейкозных лимфобластов.
1330. Гистохимическое типирование бластов для определения морфологического варианта нелимфобластного лейкоза.
1331. Что из приведенного ниже не является этапом химиотерапии острого лейкоза?
1332. -Профилактика первой атаки.
1333. Индукция ремиссии.
1334. Консолидация ремиссии.
1335. Поддерживающая терапия.
1336. Профилактика нейролейкемии.
1337. Когда не следует проводить трансплантацию костного мозга у больныхострым лейкозом?
1338. В период первой ремиссии острого нелимфобластного лейкоза.
1339. В период второй ремиссии острого лимфобластного лейкоза.
1340. -В терминальный период.
1341. В любой из обозначенных периодов.
1342. Ни в один из обозначенных периодов.
1343. Какие виды трансплантации костного мозга применяют для лечения больныхострым лейкозом?
1344. Аллогенная трансплантация.
1345. Аутологичная трансплантация.
1346. Гетерологичная трансплантация.
1347. -Все виды применяются.
1348. Ни один из упомянутых видов трансплантации не применяется.
1349. Какая формулировка соответствует определению хронического лимфолейкоза?
1350. Опухоль из гемопоэтических клеток-предшественников, клеточные линии которой сохраняют способность дифференцироваться до морфологически зрелых, но функционально неполноценных лимфоцитов и гранулоцитов.

2. -Моноклоновая опухоль из гемопоэтических клеток-предшественников, клеточные линиикоторой сохраняют способность дифференцироваться доморфологически зрелых, но функционально неполноценных лимфоцитов

1. Опухоль из гемопоэтических клеток-предшественников, клеточные линии которой сохраняют способность дифференцироваться до морфологически зрелых лимфоцитов,гранулоцитов, тромбоцитов.

4. Моноклоновая опухольиз гемопоэтических клеток-предшественников, клеточные линиикоторой сохраняют способность дифференцироваться доморфологически незрелых, но функционально полноценных лимфоцитов

5. Опухоль из тканей лимфатических узлов, клетки которой утратили способность дифференцироваться доморфологически зрелых и функциональнополноценных лимфоцитов.

1. Что может являться этиологическим и пусковым фактором возникновенияхронического лимфолейкоза?
2. Вирусная инфекция.
3. Пожилой возраст.
4. Воздействие низкочастотного электромагнитного поля.
5. -Все перечисленное может играть этиологическую роль при данном заболевании.
6. Все перечисленное не имеет отношения к этиологии данного заболевания
7. Какие патологические сдвиги не характерны для хронического лимфолейкоза?
8. Нарушен противовирусный иммунитет.
9. Нарушен противоопухолевый иммунитет.
10. Заболевание склонно переходить в лимфосаркому.
11. -Заболевание склонно переходить в миелофиброз.
12. Какие жалобы могут предъявлять больные в начальную стадиюхронического лимфолейкоза?
13. Общая слабость.
14. Потливость.
15. Учащение простудных заболеваний.
16. -Все упомянутые жалобы могут иметь место.
17. Больные никогда ни на что не жалуются.
18. Какие объективные признаки болезни могут быть выявлены у больных в начальную стадию хронического лимфолейкоза?
19. -Увеличение шейных лимфоузлов.
20. -Гепатомегалия.
21. -Спленомегалия.
22. Тромбоцитопеническая пурпура.
23. Все перечисленное.
24. Какие объективные особенности не типичны для лимфаденопатии в начальнуюстадию хронического лимфолейкоза?
25. Лимфоузлы тестовато-эластичной консистенции.
26. Лимфоузлы безболезненные.
27. Лимфоузлы не спаяны между собой и с кожей.
28. Лимфоузлы не изъязвляются и не нагнаиваются.
29. -Все приведенные особенности типичны.
30. Какие жалобы характерны для больных хроническим лимфолейкозом в развернутую стадию заболевания?
31. Выраженная общая слабость.
32. Лихорадка.
33. Артралгии.
34. Потливость.
35. -Все характерно.
36. Какиео бъективные признаки не характерны для развернутой стадии хронического лимфолейкоза?
37. Выраженное увеличение лимфоузлов.
38. Спленомегалия.
39. Лейкозные инфильтраты в коже.
40. -Симметричный артрит с поражением плечевых суставов.
41. Опоясывающий лишай.
42. Какие поражения не характерны для развернутой стадии хронического лимфолейкоза?
43. Лимфоидная инфильтрация легких.
44. -Почечная недостаточность.
45. Сдавление медиастинальными лимфоузлами верхней полой вены.
46. -Гемоартроз.
47. Лимфоидная инфильтрация кишечника.
48. Какими симптомами проявляется сдавление верхней полой вены лимфоузлами в развернутую стадию хронического лимфолейкоза?
49. Кашлем, одышкой.
50. Кровохарканьем.
51. Набуханием шейных вен.
52. -Всеми перечисленными симптомами.
53. Ни одним из перечисленных симптомов.
54. К каким осложнениям может привести гиперплазия внутрибрюшных лимфоузловв развернутую стадию хронического лимфолейкоза?
55. Механическая желтуха.
56. Кишечная непроходимость.
57. Острый панкреатит.
58. -К любому из перечисленных.
59. Ни к одному из перечисленных.
60. При терминальной стадии хронического лимфолейкоза не наблюдается:
61. Выраженное истощение.
62. Высокая лихорадка.
63. Генерализованная герпетическая инфекция.
64. -Мучительная головная боль постоянного характера.
65. Все типичны.
66. В терминальную стадию хронического лимфолейкоза могут возникнуть:
67. Обострение туберкулеза.
68. Генерализация герпетической инфекции.
69. Анемия.
70. Тромбоцитопеническая пурпура.
71. -Все перечисленные поражения могут возникать при данном заболевании.
72. Для терминальной стадии хронического лимфолейкоза не типичны:
73. Спленомегалия.
74. Гепатомегалия.
75. -Артралгия.
76. Геморрагический синдром.
77. Лимфаденопатия.
78. Какие изменения свидетельствуют о формировании лимфосаркомы у больных в терминальной стадии хронического лимфолейкоза?
79. -Быстрое увеличение размеров, каменистая плотность лимфоузлов.
80. Сдавление лимфоузлами средостения верхней полой вены.
81. Сдавление лимфоузлами общего желчного протока, механическая желтуха.
82. Появлением менингеальных симптомов, гемипареза.
83. Высокая лихорадка, профузные поты.
84. Для начальной стадии хронического лимфолейкоза типичны:
85. -Лейкоцитоз 10-50х109/л за счет абсолютного лимфоцитоза.
86. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
87. Тромбоцитопения.
88. Анемия.
89. Все упомянутые отклонения типичны.
90. Для развернутой стадии хронического лимфолейкоза не типичны:
91. Лейкоцитоз 50-200x109/л за счет абсолютного лимфоцитоза.
92. -Сдвиг лейкоцитарной формулы влево до промиелоцитов.
93. Тени Гумпрехта в мазках крови.
94. Все упомянутые показатели типичны для данной стадии заболевания.
95. Для развернутой стадии хронического лимфолейкоза абсолютно не типичны:
96. В клеточном составе костного мозга 50-60% лимфоидных клеток
97. -В костном мозге увеличено содержание плазматических клеток
98. В костном мозге уменьшено содержание клеток гранулоцитарной линии
99. В костном мозге уменьшено содержание клеток эритроцитарной линии
100. В костном мозге уменьшено содержание клеток мегакариоцитарной линии
101. Для терминальной стадии хронического лимфолейкоза типичны:
102. Глубокое падение уровня эритроцитов, гемоглобина.
103. Глубокая тромбоцитопения.
104. Лейкоцитоз за счет лимфоцитоза.
105. -Все отклонения могут иметь место.
106. Для селезеночной формы хронического лимфолейкоза типичны:
107. -Выраженная спленомегалия.
108. -Относительно небольшаягиперплазия лимфоузлов.
109. -В крови относительно небольшой лимфоцитоз.
110. В крови высокое содержание гамма-глобулинов
111. Все типичны.
112. Для костномозговой формы хронического лимфолейкоза не типичны:
113. Отсутствие лимфаденопатии,
114. Отсутствие гепатомегалии.
115. Отсутствие спленомегалии.
116. Глубокая панцитопения (анемия, агранулоцитоз,тромбоцитопения).
117. -Гипергаммаглобулинемия.
118. Какие пункты можно исключить из плана обследования больного хроническим лимфолейкозом без существенных потерь для качества диагностики?
119. Общий анализ крови.
120. Гистохимическое исследование лейкоцитов на активность щелочной фосфатазы.
121. Общий анализ мочи.
122. -Биохимический анализ крови: общий белок и фракции.
123. Иммунологический анализ: содержание иммуноглобулинов всех классов. Типирование лимфоцитов на принадлежность В-клеточному или Т-клеточному клонам.
124. Какие пункты можно исключить из плана обследования больного хроническим лимфолейкозом без существенных потерь для качества диагностики?
125. Стернальная пункция и/или трепанобиопсия крыла подвздошной кости.
126. Гистологическое исследование лимфатических узлов.
127. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
128. Рентгенография грудной клетки.
129. -Рентгенография суставов.
130. Для лечения больных хроническим лимфолейкозом не применяются:
131. Химиотерапия цитостатическими препаратами.
132. Цитоферез.
133. -Плазмоферез.
134. Лучевая терапия.
135. Спленэктомия.
136. Для лечения глубокой тромбоцитопении, гемолитической анемии, выраженной спленомегалии у больных хроническим лимфолейкозом применяется:
137. -Курсовое лечение большими дозами преднизолона.
138. Лучевая терапия.
139. Спленэктомия.
140. Ни один из упомянутых.
141. Все упомянутые.
142. Какая формулировка соответствует определению хронического миелолейкоза?
143. -Миелопролиферативное заболевание с формированием опухолевого костно-мозгового клона клеток предшественников, способных дифференцироваться до зрелых гранулоцитов, эритроцитов, тромбоцитов.
144. Миелопролиферативное заболевание с формированием опухолевого костно-мозгового клона клеток предшественников, способных дифференцироваться до зрелых гранулоцитов, тромбоцитов.
145. Миелопролиферативное заболевание с формированием опухолевого костно-мозгового клона клеток предшественников, способных дифференцироваться до зрелых гранулоцитов преимущественно нейтрофильного ряда.
146. Миелопролиферативное заболевание с формированием опухолевого костно-мозгового клона клеток предшественников, способных дифференцироваться до зрелых гранулоцитов, лимфоцитов.
147. Миелопролиферативное заболевание с формированием опухолевого костно- мозгового клона клеток предшественников, способных дифференцироваться до миелоцитов.
148. Этиологическим или пусковым фактором хронического миелолейкоза может являться:
149. Вирусная инфекция.
150. Ионизирующая радиация.
151. Токсические воздействия.
152. -Все перечисленное.
153. Ничего из перечисленного.
154. Какие аберрации кариотипа клеток крови являются типичными для хронического миелолейкоза?
155. Трисомия X.
156. -Филадельфийская хромосома.
157. Полиплоидия хромосомного набора.
158. Все перечисленное.
159. Ничего из перечисленного.
160. В каких клетках можно обнаружить филадельфийскую хромосому у больных хроническим миелолейкозом?
161. Т-лимфоциты.
162. Макрофаги.
163. -Гранулоциты.
164. Во всех перечисленных.
165. Ни в одних из перечисленных.
166. Какими миелопролиферативными заболеваниями может завершаться хронический миелолейкоз?
167. -Острым лейкозом.
168. Хроническим лимфолейкозом.
169. Истинной полицитемией.
170. Любым из перечисленных.
171. Ни одним из перечисленных.
172. Какие осложнения типичны для хронического миелолейкоза в терминальной стадии?
173. -Тромбоцитопеническая пурпура.
174. Апластическая анемия.
175. Гемолитическая анемия.
176. Все типичны.
177. Ни одно не типично.
178. Какой стадии в клиническом развитии хронического миелолейкоза не существует?
179. Начальной.
180. Развернутой.
181. Акселерации.
182. Терминальной с бластным кризом.
183. -Все упомянутые стадии существуют.
184. Какие клинические проявления типичны для начальной стадии хронического миелолейкоза?
185. Высокая лихорадка.
186. Боли в суставах.
187. Общая слабость, потливость, резко выраженное похудение.
188. Тупые ноющие боли в костях, небольшая спленомегалия.
189. -Чаще бессимптомное начало с умеренной спленомегалией, общей слабостью, потливостью.
190. Какие патологические метаболические сдвиги могут вызвать появление конкрементов в мочевых путях у больных хроническим миелолейкозом?
191. Гиперхолестеринемия.
192. Гипербилирубинемия.
193. -Гиперурикемия.
194. Все перечисленные.
195. Ни один из перечисленных.
196. Какие отклонения в морфологической картине костного мозга при анализе стернального пунктата выявляются у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой?
197. Увеличено количество мегакариоцитов.
198. Много молодых форм без признаков отшнуровки от них тромбоцитов.
199. -Все перечисленные.
200. Ни одно из перечисленных.
201. Какие показатели гемостаза следует ожидать у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой?
202. Отсутствие или замедление ретракции кровяного сгустка.
203. Время свертывания крови не изменено.
204. Длительность кровотечение по Дуке до 20-30 минут.
205. -Все перечисленные.
206. Ни один из перечисленных.
207. При установлении диагноза идиопатической тромбоцитопенической пурпуры следует учитывать:
208. Петехиально-пятнистый тип кровоточивости.
209. Тромбоцитопению меньше 150х109/л.
210. Отсутствие симптомов другого заболевания, частью клинических проявлений, которого может быть тромбоцитопения.
211. Любой из перечисленных.
212. -Все перечисленные в совокупности.
213. Какие моменты следует учитывать при дифференциации идиопатической тромбоцитопенической пурпуры от других заболеваний, проявляющихся геморрагическим диатезом?
214. Наличие антитромбоцитарных аутоантител.
215. Сохранение или гиперплазия мегакариоцитарного ростка в костном мозге
216. Тромбоцитопения.
217. Любой из перечисленных.
218. -Все перечисленные в совокупности.
219. Что можно исключить из плана обследования больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой без ущерба для качества диагностики?
220. Длительность кровотечения по Дуке.
221. Коагулограммы.
222. Иммунологический анализ на содержание иммуноглобулинов основных классов, иммуноферментный тест на присутствие антитромбоцитарных антител.
223. Стернальная пункция.
224. -Ничего не следует исключать.
225. Какие критерии применения глюкокортикоидов для лечения больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой являются не верными?
226. Преднизолон назначают в дозе 1 мг/кг в суткис последующей постепенной отменой.
227. Если начальная доза преднизолона не дает желаемого эффекта ее можно увеличить в 2-4 раза на короткий срок с последующей отменой.
228. Пульс-терапия (1000 мг метилпреднизолона ежедневно 3 дня подряд).
229. -Лечение глюкокартикоидами можно отменять сразу же, как только нормализуется содержание тромбоцитов в периферической крови.
230. Показанием к применению спленэктомии у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой являются:
231. -Длительность заболевания более 0,5 года с обострением после курса лечения глюкокортикоидами.
232. Глубокая тромбоцитопения.
233. Выраженный геморрагический синдром.
234. Ни один из приведенных критериев не является показанием для спленэктомии.
235. Все приведенные критерии являются показанием для спленэктомии.
236. Какие цитостатические иммунодепрессивные препараты можно применять для лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры?
237. Азатиоприн.
238. Циклофосфан.
239. Винкристин.
240. Ни один из перечисленных.
241. -Все перечисленные.
242. Какие обстоятельства не являются показанием для применения цитостатических иммунодепрессантов для лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры?
243. Неэффективность кортикостероидной терапии.
244. Неэффективность спленэктомии.
245. -Неэффективность вливания донорских тромбоцитов.
246. Все перечисленные.
247. Ни один из перечисленных.
248. Какая формулировка соответствует определению наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
249. Хроническое заболевание мелких сосудов, характеризующееся склонностью к нарушениям структуры стенки и кровотечениям.
250. Наследственный васкулит с преимущественным поражением мелких артерий и вен кожи и слизистых, кровоточивостью из пораженных сосудов.
251. Наследственная ангиопатия с кровоточивостью из сосудистого сплетения слизистой носа.
252. -Доминантно наследуемый генетический дефект структуры мелких сосудов с множественными телеангиоэктазиями и кровоточивостью.
253. Сцепленное с половой хромосомой заболевание мелких сосудов кожи и слизистых, проявляющееся кровоточивостью.
254. Какие факторы играют роль в этиопатогенезе наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
255. -Генетический дефект метаболических процессов синтеза коллагена и эндоглина.
256. Наследуемый функциональный дефект тромбоцитов.
257. Наследуемый дефицит потребляемых плазматических факторов свертывания крови.
258. Иммунокомплексное воспалительно-деструктивное поражение мелких артерий и вен.
259. Все указанные факторы играют роль в этиопатогенезе заболевания.
260. Какие факторы и процессы имеют значение в патогенезе наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
261. Имеет место дефект субэндотелиального слоя сосудистой стенки в результате малого содержания в стенке коллагена.
262. Возникает веретенообразная дилатация мелких артерий и венул в участках, где их стенка представлена только эндотелием.
263. Кровоточивость в результате легкой ранимости сосудистой стенки, неспособности сосудов сокращаться при травме.
264. Формируются артериовенозные шунты между мелкими сосудами.
265. -Все упомянутые факторы.
266. Какие клинические проявления не характерны для наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
267. Кровоточивость ангиоматозного типа без кровоизлияний в кожу и другие ткани.
268. Спонтанные носовые кровотечения после легких механических травм.
269. Желудочно-кишечные кровотечения.
270. Легочные кровотечения.
271. -Гемартрозы.
272. Какие признаки типичны для наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
273. В сосудах формируются тромбы.
274. Вблизи сосудов возникают внутрикожные кровоизлияния.
275. При надавливании на элемент он сохраняет свою пурпурную окраску.
276. -При надавливании на элемент он бледнеет, а затем восстанавливает свою окраску.
277. В межфасциальных пространствах формируются гематомы.
278. На основании каких критериев возможна диагностика наследственной геморрагической телеангиоэктазии?
279. Кожные телеангиоэктазии.
280. Частые кровотечения.
281. Наследственный характер заболевания.
282. -Всех приведенных критериев в совокупности.
283. Любого из приведенных критериев.
284. Какой метод лечения эффективен для лечения и профилактики кровоточивости у больных наследственной геморрагической телеангиоэктазией?
285. -Электрокоагуляция или химическое прижигание телеангиоэктазий.
286. Прием викасола.
287. Прием аминокапроновой кислоты.
288. Все перечисленные методы.
289. Ни один из перечисленных методов.
290. Какие факторы имеют значение в этиологии геморрагического васкулита?
291. Вирусные инфекции.
292. Пищевая и лекарственная аллергия.
293. Вакцинация.
294. Укусы насекомых.
295. -Все перечисленные факторы.
296. У кого чаще возникает геморрагический васкулит?
297. -У молодых мужчин.
298. У женщин в климактерическом периоде.
299. У молодых женщин.
300. У пожилых мужчин.
301. Без различия в возрасте.
302. Какие поражения суставов характерны для геморрагического васкулита?
303. Кровоизлияния в полость суставов.
304. -Артралгия.
305. Анкилозирующее поражение суставов.
306. Все перечисленное верно.
307. Все перечисленное не верно.
308. Какие симптомы типичны для геморрагического васкулита?
309. Папулезно-геморрагическая сыпь на коже.
310. Лихорадка.
311. Боли в суставах.
312. Гематурия.
313. -все перечисленное верно.
314. Какие синдромы встречаются у больных геморрагическим васкулитом?
315. Геморрагический.
316. Суставной.
317. Абдоминальный.
318. ДВС-синдром.
319. -Все перечисленные синдромы.
320. Укажите клинические формы геморрагического васкулита?
321. Кожно-суставная.
322. Абдоминальная.
323. Почечная.
324. Смешанная.
325. -Все перечисленные формы.
326. Для начального периода геморрагического васкулита характерно:
327. Симметричные артралгии в крупных суставах.
328. Боли в животе.
329. Гематурия.
330. -Все перечисленное бывает при данном заболевании.
331. Какая локализация геморрагий типична для геморрагического васкулита?
332. -На коже стоп, голеней, бедер, ягодиц.
333. На коже предплечий, плеч.
334. На коже вокруг болезненных суставов.
335. Все перечисленное верно.
336. Все перечисленное не верно.
337. Что является причиной появления сыпи на коже у больных геморрагическим васкулитом?
338. Функциональная недостаточность тромбоцитов.
339. Уменьшение количества тромбоцитов в периферической крови.
340. -Иммунокомплексное воспаление и деструкция стенки мелких сосудов.
341. Все перечисленное верно.
342. Все перечисленное не верно.
343. Что является основной причиной абдоминального синдрома у больных с геморрагическим васкулитом?
344. Функциональные нарушения моторной функции кишечника.
345. Избыточное размножение бактериальной флоры.
346. -Кровоизлияния в стенки кишки и брыжейки.
347. Все перечисленное верно.
348. Все перечисленное не верно.
349. Какими симптомами проявляется абдоминальный синдром у больных с геморрагическим васкулитом?
350. Резкими болями в животе вокруг пупка.
351. Напряжением мышц брюшной стенки.
352. Вздутием живота, тошнотой, рвотой, диарей.
353. -Все перечисленное верно.
354. Все перечисленное не верно.
355. Какие абдоминальные осложнения не типичны для геморрагическоговаскулита?
356. Кишечная непроходимость.
357. -Асцит.
358. Перитонит.
359. Перфорация кишечника.
360. Все перечисленные осложнения не типичны.
361. Какое поражение почек формируется у больных с геморрагическим васкулитом?
362. Пиелонефрит.
363. -Гломерулонефрит (острый и хронический).
364. Тубулоинтестициальный нефрит.
365. Все перечисленное верно.
366. Все перечисленное не верно.
367. Самым надежным методом диагностики и дифференциальной диагностики геморрагического васкулита является:
368. Общий анализ мочи.
369. Анализ крови на содержание белка, белковых фракций, мочевины, креатинина.
370. Иммуноморфологический анализ биоптатов кожи с целью выявления депозитов IgA и лейкоцитарных инфильтратов вокруг сосудов.
371. -Иммунологический анализ на содержание в крови иммунных комплексов, иммуноглобулинов.
372. Биомикроскопия бульбарной конъюктивы.
373. Какие изменения в мочевом осадке имеют место у больных с геморрагическим васкулитом?
374. Протеинурия.
375. Гематурия.
376. Цилиндрурия.
377. -Все перечисленное верно.
378. Все перечисленное не верно.
379. Для лечения больных геморрагическим васкулитом показано назначение:
380. Гепарина.
381. Нестероидных противовоспалительных средств.
382. Свежезамороженной плазмы.
383. -Все перечисленное.
384. Ничего из перечисленного.
385. Для лечения больных геморрагическим васкулитом, осложненным быстро прогрессирующим или нефротическим вариантом гломерулонефрита показано назначение:
386. Пульс-терапии большими дозами метилпреднизолона по 1000 мг 1 раз в день 3 дня подряд.
387. Пульс-терапии большими дозами метилпреднизолона по 1000 мг 1 раз в день 3 дня подряд в сочетании с ударной дозой циклофосфана.
388. Ежедневный прием преднизолона из расчета 1,5 мг/кг массы больного в сутки в течение 30 дней с последующим постепенным снижением дозы
389. -Плазмаферез.
390. Все перечисленные методы одинаково показаны.
391. Что абсолютно противопоказано больным, перенесшим геморрагическийваскулит?
392. -Переохлаждение.
393. -Работа в условиях повышенной температуры окружающей среды.
394. -Прививки и пробы с антигенами.
395. Работа в условиях частой травматизации кожных покровов.
396. Все перечисленное противопоказано.
397. Симптомы неосложненного гриппа
398. Постепенное повышение температуры тела, катаральные явления и кашель с первого дня заболевания
399. -Внезапное повышение температуры до 38-39 град.С, боли в мышцах, глазных яблоках, симптомы интоксикации
400. Повышение температуры тела, мелкопузырчатые влажные хрипы в легких
401. Осиплость голоса, боли в горле при глотании
402. Для парагриппа характерно
403. -Повышение температуры
404. -Катаральные явления
405. -Осиплость голоса - явления ларингита
406. Внезапное повышение температуры, симптомы интоксикации, отсутствие катаральных явлений в первые 3-4 дня
407. Для ОРЗ характерно:
408. -Постепенное умеренное повышение температуры.
409. -Наличие катаральных явлений.
410. Высокая лихорадка, симптомы интоксикации.
411. Отечные гиперемированные миндалины с нагноившимися фолликулами.
412. Показания к госпитализации больных гриппом:
413. -Наличие осложнений.
414. -Тяжелая форма гриппа.
415. -Тяжелые сопутствующие заболевания.
416. Легкие формы гриппа.
417. Лечение гриппа предполагает:
418. -Постельный режим.
419. -Противовирусные препараты.
420. -Жаропонижающие при температуре выше 38 град.С.
421. Назначение антибиотиков с 1-го дня.
422. В этиологии острого бронхита имеет значение:
423. -Вирусная инфекция.
424. -Бактериальная инфекция.
425. Злоупотребление алкоголем.
426. Инфекция не играет никакой роли.
427. Для острого бронхита с бронхиальной обструкцией при аускультации характерно:
428. -Рассеянные сухие свистящие хрипы.
429. -Жесткое дыхание, преобладает выдох.
430. Мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке легкого.
431. Ослабленное везикулярное дыхание.
432. Симптомы нижнедолевой пневмонии:
433. -Укорочение перкуторного звука ниже угла лопатки.
434. -Отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании.
435. -Крепитация index и redux.
436. Легочной звук с коробочным оттенком.
437. Согласно стандартам оказания медико-санитарной помощи больным с пневмонией обязательными исследованиями являются следующие:
438. -Клинический анализ крови
439. -Общий анализ мочи
440. Рентгенограмма легких
441. Бронхоскопия
442. Принципы лечения острой пневмонии в условиях поликлиники.
443. -Антибиотики широкого спектра действия до получения ответа бактериологического исследования мокроты.
444. -Муколитики и отхаркивающие средства.
445. Банки на грудную клетку в остром периоде.
446. Бета-адреноблокаторы.
447. Показания для госпитализации больных с острой пневмонией.
448. -Наличие гнойных осложнений.
449. -Наличие дыхательной недостаточности.
450. -Наличие тяжелой сопутствующей патологии.
451. Легкое течение острой пневмонии.
452. Диспансерное наблюдение больных после перенесенной острой пневмонии предполагает:
453. Спирография, общий анализ мокроты + АК, + ВК при закрытии листка нетрудоспособности.
454. Спирография, общий анализ мокроты + АК, + ВК при закрытии листка нетрудоспособности через 6 месяцев от начала заболевания.
455. -Общий анализ крови, мокроты +АК, +ВК, спирография, R-графия органов грудной клетки в начале заболевания и через 6 месяцев.
456. Только R-графия органов грудной клетки и общий анализ крови, мокроты в начале заболевания.
457. Подлежат диспансерному наблюдению у терапевта:
458. -Больные, перенесшие фолликулярную ангину.
459. -Больные, перенесшие катаральную ангину.
460. Реконвалесценты после ОРВИ.
461. Реконвалесценты после гриппа.
462. Симптомы фолликулярной ангины:
463. Боль в горле при глотании, повышение температуры, гиперемия миндалин.
464. Боль в горле при глотании, повышение температуры.
465. -Боль в горле при глотании, повышение температуры, на фоне гиперемированных миндалин нагноившиеся фолликулы.
466. Боли в горле при глотании, при надавливании миндалин в лакунах гнойные пробки.
467. Тактика участкового врача при лакунарной ангине:
468. -Госпитализация в инфекционную больницу.
469. Назначение только местного лечения.
470. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.
471. Симптоматическое лечение.
472. Тактика участкового врача при фолликулярной ангине:
473. -До назначения антибиотиков взять мазок из зева на дифтерийную палочку.
474. Назначить сразу антибиотики и местное лечение.
475. Назначить только местное лечение.
476. -После взятия мазка из зева назначить антибиотики и местное лечение.
477. Длительность диспансерного наблюдения после перенесенной фолликулярной ангины:
478. -1 месяц.
479. 3 месяца.
480. 6 месяцев.
481. В течение года.
482. Купирование ангиозного приступа в условиях поликлиники включает:
483. -Нитроглицерин сублингвально.
484. Нитраты внутривенно капельно.
485. -Нейролептоаналгезия (фентанил+дропиридол).
486. Наркотические анальгетики.
487. Тактика участкового врача при впервые возникшей стенокардии:
488. Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение.
489. -Снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин 0,325; плавикс 100 мг и госпитализация.
490. Снятие ЭКГ и госпитализация.
491. Амбулаторное обследование.
492. Показания для госпитализации больных ИБС.
493. -Впервые возникшая стенокардия.
494. -Острый инфаркт миокарда.
495. Стабильная стенокардия напряжения ФК II ст.
496. -Для решения экспертных вопросов.
497. Пароксизмальная мерцательная аритмия чаще может возникнуть у больных:
498. -Митральным стенозом III ст.
499. -Постинфарктным кардиосклерозом.
500. -Тиреотоксикозом, тиреотоксическим сердцем.
501. Вегетососудистой дистонией.
502. Тактика участкового терапевта при подозрении на острый инфаркт миокарда
503. -Купировать болевой синдром.
504. -Снять ЭКГ на месте.
505. -Аспирин и антитромбоцитарные препараты.
506. -Срочная госпитализация по скорой помощи.
507. Ранние осложнения острого инфаркта миокарда.
508. -Кардиогенный шок.
509. -Нарушение ритма.
510. -Острая левожелудочковая недостаточность.
511. Пневмония.
512. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия может возникнуть:
513. -При синдроме преждевременного возбуждения желудочков.
514. -У больных с острым инфарктом миокарда.
515. У больных с хроническим бронхитом вне обострения.
516. У больных с ОРЗ.
517. Тактика участкового врача при приступе пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе:
518. Внутривенное введение лидокаина.
519. -Внутривенное введение верапамила (изоптина).
520. Per os - дигоксин 0,00025 - 1 таблетка.
521. -Рефлекторные вагусные пробы.
522. Неотложная помощь при отеке легких у больного острым инфарктом миокарда в поликлинике:
523. -Внутривенное введение мочегонных.
524. -Купирование болевого синдрома, аспирин + плавикс 100 мг.
525. -Ингаляция О2 через спирт.
526. Назначение антибиотиков.
527. Тактика участкового врача при пароксизмальной желудочковой тахикардии в условиях поликлиники:
528. -Внутривенное введение лидокаина и срочная госпитализация.
529. Внутривенное введение сердечных гликозидов.
530. Купирование приступа и амбулаторное лечение.
531. Per os - анаприлин 0,04 - 1 таблетка.
532. Для пароксизмальной желудочковой тахикардии характерно:
533. -Быстрое нарушение гемодинамики.
534. Отсутствие нарушений гемодинамики.
535. -Снижение АД, кардиогенный шок.
536. Нормальное АД.
537. ЭКГ - признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии:
538. -Уширенный и деформированный желудочковый комплекс QRS.
539. -Отсутствие зубца Р перед комплексом QRS.
540. -Наличие желудочковых захватов.
541. Обычный комплекс QRS.
542. ЭКГ - признаки наджелудочковой пароксизмальной тахикардии:
543. -Равные расстояния между R-R.
544. -Обычный комплекс QRS.
545. Разные расстояния между R-R.
546. Деформированный уширенный комплекс QRS.
547. Неотложная помощь при аритмическом варианте кардиогенного шока у больного инфаркта миокарда в условиях поликлиники.
548. -Купирование нарушений ритма и проводимости.
549. -Купирование болевого синдрома.
550. Гипотензивные.
551. Раствор норадреналина п/кожно.
552. Согласно стандартам оказания скорой медицинской помощи больным с сердечной недостаточностью обязательными к применению лекарственными средствами являются следующие:
553. -Антикоагулянты (гепарин)
554. -Нитраты
555. -Мочегонные средства
556. Бета-блокаторы
557. Неотложная помощь при рефлекторном кардиогенным шоке у больного инфаркта миокарда в условиях поликлиники:
558. -Купирование болевого синдрома.
559. -Аспирин 0,325 + плавикс 100 мг.
560. -Срочная госпитализация.
561. Амбулаторное лечение после снятия болевого синдрома.
562. Реанимационные мероприятия при клинической смерти на догоспитальном этапе:
563. -Дыхание рот в рот.
564. -Непрямой массаж сердца.
565. -Электрическая деполяризация сердца (дефибрилляция).
566. П/кожно раствор норадреналина.
567. План обследования больного в поликлинике при выявлении артериальной гипертензии (АГ) включает:
568. -Глазное дно, ЭКГ.
569. -Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко.
570. -Профиль АД.
571. -Анализ крови на мочевину, калий, холестерин, глюкозу.
572. Для установления степени АГ и риска необходимо учесть:
573. -Поражение органов мишеней.
574. -Наличие ожирения.
575. -Сахарный диабет.
576. Наличие отеков на нижних конечностях.
577. Показания для госпитализации больных АГ:
578. -Осложненный гипертонический криз.
579. -Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения; для оптимизации лечения.
580. -Для проведения сложных методов обследования, необходимых для дифференциальной диагностики АГ.
581. По желанию больного.
582. Клиника гиперкинетического нейровегетативного криза (I порядка):
583. -Высокие цифры АД.
584. -Тахикардия.
585. -Психоэмоциональное возбуждение.
586. Брадикардия, заторможенность.
587. Купирование гиперкинетического (нейровегетативного, криза I порядка) в амбулаторных условиях предполагает:
588. -Каптоприл сублингвально.
589. -Внутривенное введение бета-адреноблокаторов.
590. Раствор папаверина с анальгином в/мышечно.
591. Per os - финоптин (изоптин) 40 мг.
592. Купирование гипокинетического (водно-солевого, криза II порядка) ва мбулаторных условиях:
593. -Сублингвально фенигидин.
594. -Сублингвально каптоприл.
595. -Внутривенное введение мочегонных.
596. В/мышечно раствор папаверина.
597. Что не может привести к формированию врожденного порока сердца?
598. Генетические дефекты.
599. Внутриутробная вирусная инфекция.
600. Алкоголизм матери.
601. Прием тератогенных препаратов.
602. -Асфиксия во время родов.
603. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится дефект межжелудочковой перегородки?
604. -ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
605. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
606. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
607. Ни к одной из перечисленных.
608. К любой из перечисленных.
609. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится дефект межпредсердной перегородки?
610. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
611. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
612. -ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
613. Ни к одной из перечисленных.
614. К любой из перечисленных.
615. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится открытый артериальный проток?
616. ВПС синего типа с веноартериальным сбросом
617. -ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом
618. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков
619. Ни к одной из перечисленных
620. К любой из перечисленных
621. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится тетрада Фалло?
622. -ВПС синего типа с веноартериальным сбросом.
623. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
624. ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
625. Ни к одной из перечисленных.
626. К любой из перечисленных.
627. К какой группе врожденных пороков (ВПС) относится коарктация аорты?
628. ВПС синего цвета с веноартериальным сбросом.
629. ВПС бледного типа с артерио-венозным шунтом.
630. -ВПС без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков.
631. Ни к одной из перечисленных.
632. К любой из перечисленных.
633. В какой возрастной период формируется врожденный порок сердца – открытый артериальный проток?
634. Внутриутробно.
635. -После рождения.
636. В период полового созревания.
637. В зрелом возрасте.
638. В пожилом возрасте.
639. При каких обстоятельствах исчезает аускультативная симптоматика врожденного порока - открытого артериального протока и он становится"афоничным"?
640. -При выравнивании давления в легочной артерии и в аорте.
641. При превышении давления в легочной артерии над давлением в аорте.
642. При преобладании давления в аорте над давлением в легочной артерии.
643. При всех указанных обстоятельствах.
644. Ни при одном из указанных обстоятельствах.
645. Какие признаки врожденного порока - открытого артериального протока - можно обнаружить с помощью ЭхоКГ?
646. -Визуализировать открытый артериальный проток.
647. Обнаружить признаки стеноза левого атриовентрикулярного соустья.
648. Обнаружить признаки стеноза легочной артерии.
649. Все перечисленные признаки.
650. Ни один из перечисленных признаков.
651. В каких случаях можно применять способ медикаментозно индуцированной облитерации открытого артериального протока?
652. -У недоношенных детей.
653. В раннем младенческом возрасте.
654. У подростков в период полового созревания.
655. У взрослых людей.
656. В любом из указанных случаев.
657. Каким препаратом можно достичь медикаментозно индуцированной облитерации открытого артериального протока у недоношенных детей?
658. -Индометацин.
659. Димедрол.
660. Пропранолол.
661. Фенобарбитал.
662. Д-пенициламин.
663. Где формируется дефект межпредсердной перегородки типа вторичного отверстия (ostium secundum?)
664. В верхней части межжелудочковой перегородки вблизи устья верхней полой вены.
665. -В средней части межпредсердной перегородки в овальной ямке.
666. Вблизи основания створок атриовентрикулярных клапанов.
667. Ни в одном из указанных мест.
668. В любом из указанных мест.
669. Где формируется дефект межпредсердной перегородки типа первичного отверстия (ostium primum)?
670. В верхней части межжелудочковой перегородки вблизи устья верхней полой вены.
671. В средней части межпредсердной перегородки в овальной ямке.
672. -Вблизи основания створок атриовентрикулярных клапанов.
673. Ни в одном из указанных мест.
674. В любом из указанных мест.
675. Какие патологические процессы не характерны для компенсированного периода врожденного порока - дефекта межпредсердной перегородки?
676. Сброс артериальной крови из левого предсердия в правое.
677. Объемная перегрузка левого предсердия.
678. Объемная перегрузка правого предсердия.
679. -Объемная перегрузка левого желудочка.
680. Объемная перегрузка правого желудочка.
681. Что является причиной возникновения диффузного цианоза у больных врожденным пороком - дефектом межпредсердной перегородки?
682. -Более высокое давление в правом предсердии, чем в левом.
683. Декомпенсация функции левого предсердия.
684. Декомпенсация функции правого предсердия.
685. Мерцательная аритмия.
686. Все перечисленное.
687. По какому критерию диагностируется дефект межпредсердной перегородке прикатетеризации полостей сердца?
688. Повышенное давление в левом предсердии.
689. Повышенное давление в правом предсердии.
690. -Увеличенное насыщение крови кислородом в правом предсердии.
691. По всем упомянутым критериям.
692. Ни по одному из упомянутых критериев.
693. Какие особенности патогенеза типичны для большого дефекта межжелудочковой перегородки в склеротическую фазу легочной гипертензии?
694. -Сброс крови справа-налево вызывает гипоксемию, компенсаторный эритроцитоз.
695. Выраженный застой в легких вызывает мучительный кашель, кровохарканье.
696. Выраженная дилатация левого предсердия является причиной формирования мерцательной аритмии.
697. Все типичны.
698. Все не типичны.
699. Какие возможности имеет ЭхоКТ для диагностики врожденного порока - дефекта межжелудочковой перегородки?
700. Визуализация и измерения величины больших и средних дефектов перегородки.
701. Выявление методом цветового доплеровского картирования фенестрации перегородки.
702. Оценка направления потока крови через дефект доплеровским методом.
703. Оценка степени гипертрофии миокарда и дилатации камер сердца.
704. -Имеет все обозначенные возможности.
705. Что не типично для результатов зондирования полостей сердца у больных с дефектом межжелудочковой перегородки?
706. Зонд легко попадает из правого желудочка в левый.
707. Выявление оксигенированной крови в правом желудочке, но не в правом предсердии.
708. -Выявление оксигенированной крови в правом предсердии, но не в правом желудочке.
709. Увеличенное давление в полости правого желудочка.
710. Все не типично.
711. В каком месте чаще всего располагается коарктация аорты?
712. Восходящая часть.
713. -Переход дуги аорты в нисходящую часть.
714. Нисходящая часть.
715. Грудная аорта.
716. Брюшная аорта.
717. Какое патологическое значение имеет незаращение овального отверстия?
718. Приводит к патологическому сбросу крови слева-направо с тяжелыми гемодинамическими последствиями.
719. Приводит к патологическому сбросу крови справа-налево с тяжелыми гемодинамическими последствиями.
720. Значительно утяжеляет клиническое течение ДМПП типа (ostium secundum).
721. Значительно утяжеляет клиническое течение ДМПП типа (ostium primum).
722. -Не угрожает здоровью.
723. К чему в первую очередь приведет повышение давления в легочных венах у больных с митрально-аортальным пороком?
724. К склерозу легочных артерий.
725. -К спазму легочных артерий.
726. К склерозу легочных артерий.
727. К венозному застою в большом круге кровообращения.
728. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
729. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
730. К чему в первую очередь приведет спазм легочных артерий у больных с митрально-аортальным пороком?
731. К венозному застою в большом круге кровообращения.
732. К перегрузке и декомпенсации функции правого желудочка.
733. -К склерозу легочных артерий.
734. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
735. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
736. К чему в первую очередь приведет склероз легочных артерий у больных с митрально-аортальным пороком?
737. К венозному застою в большом круге кровообращения.
738. -К перегрузке и декомпенсации функции правого желудочка.
739. К фиброзу печени.
740. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
741. Одновременно ко всем упомянутьм ситуациям.
742. К чему в первую очередь приведет относительная недостаточность клапанов устья легочной артерии у больных с митрально-аортальным пороком?
743. К венозному застою в большом круге кровообращения.
744. -К формированию относительной недостаточности трикуспидального клапана.
745. К отеку легкого.
746. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
747. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
748. К чему в первую очередь приведет относительная недостаточность трикуспидального клапана у больных с митрально-аортальным пороком?
749. -К венозному застою в сосудах портальной системы и в венах большого круга.
750. К отеку легкого.
751. К фиброзу печени.
752. Ни к одной из упомянутых ситуаций.
753. Одновременно ко всем упомянутым ситуациям.
754. Чем проявляется застой в легочных венах у больных с митрально-аортальным пороком?
755. Кашлем с отхождением ржавой мокроты.
756. Появление прожилок крови в мокроте.
757. Приступы удушья с отхождением розоватой, пенистой мокроты.
758. -Всеми упомянутыми симптомами.
759. Ни одним из упомянутых симптомов.
760. Какие особенности патогенеза типичны для сочетания митрального стеноза и недостаточности аортального клапана с преобладанием митрального стеноза?
761. -Митральный стеноз ограничивает объемную перегрузку левого желудочка
762. Митральный стеноз усугубляет гемодинамические сдвиги, вызываемые недостаточностью аортального клапана
763. Митральный стеноз ускоряет возникновение декомпенсации левого желудочка, вызываемой недостаточностью аортального клапана
764. Все типичны
765. Все не типичны
766. Какие клинические особенности типичны для митрально-аортальной недостаточности?
767. Большой разбег систолического и диастолического артериального давления
768. Низкое или равное нулю значение диастолического артериального давления
769. Интенсивная пульсация сосудов на шее - пляска каротид
770. Пульсирующие головные боли.
771. -Все типичны.
772. С каким функциональным классом недостаточности кровообращение больным показана исключительно консервативная, медикаментозная коррекция гемодинамических нарушений, связанных с многоклапанным пороком сердца?
773. ФК-I
774. -ФК-II
775. ФК-III
776. ФК-IV
777. С любым функциональным классом.
778. В каких случаях показано применение сердечных гликозидов у больных с пороками сердца?
779. При возникновении сердечной недостаточности у больных с преобладанием стеноза устья аорты.
780. При возникновении сердечной недостаточности у больных с преобладанием недостаточности клапанов устья аорты.
781. -При возникновении тахисистолической формы мерцательной аритмии
782. Во всех упомянутых случаях.
783. Ни в одном из упомянутых случаев.
784. Какой препарат является универсальным средством купирования и лечения нарушений ритма у больных с многоклапанными пороками сердца?
785. Пропранолол.
786. -Амиодорон.
787. Верапамил.
788. Все перечисленные.
789. Ни один из перечисленных.
790. Как называется первично хроническое некоронарогенное, невоспалительное, не связанное с нарушениями метаболических процессов заболевание сердца, проявляющееся диффузным поражением миокарда с резким снижением его сократительной способности и прогрессирующей дилатацией полостей.
791. Рестриктивная кардиомиопатия.
792. Гипертрофическая кардиомиопатия.
793. -Дилатационная кардиомиопатия.
794. ИБС.
795. Миокардит.
796. Какие патологические процессы не участвуют в формировании клинической картины дилатационной кардиомиопатии?
797. Нарушения ритма.
798. Сердечная недостаточность.
799. Тромбоэмболические осложнения.
800. -Все участвуют.
801. Все не участвуют.
802. Какие группы препаратов нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
803. Сердечные гликозиды.
804. Ингибиторы АПФ.
805. Мочегонные.
806. Конкурентные антагонисты альдостерона- верошпирон.
807. -Глюкокортикоидные гормоны.
808. Какие препараты нет смысла применять для лечения сердечной недостаточности у больных дилатационной кардиомиопатией?
809. Метапролол.
810. Верошпирон.
811. Молсидамин.
812. Ретаболил.
813. -Циклофосфан.
814. К какому заболеванию относится первично хроническое поражение сердца, проявляющееся выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка приотсутствии стенозов аорты, повышенного артериального давления с обязательной массивной гипертрофией межжелудочковой перегородки?
815. Дилатационня кардиомиопатия.
816. -Гипертрофическая кардиомиопатия.
817. Рестриктивная кардиомиопатия.
818. Миокардит
819. ИБС.
820. Какие причины играют роль в возникновении гипертрофической кардиомиопатии?
821. -Аутосомно-доминантный генетический дефект с неполной пенетрантностью.
822. Алкоголизм.
823. Внутриутробно перенесенная вирусная инфекция.
824. Воздействие ионизирующей радиации.
825. Все причины играют этиологическую роль.
826. Какие обстоятельства могут способствовать уменьшению или даже полному смыканию полости левого желудочка у больных с гипертрофической кардиомиопатией?
827. -Уменьшение преднагрузки - потока крови, притекающей к левому желудочку.
828. Увеличение постнагрузки - сопротивлению току крови в аорте и периферических артериях.
829. Повышение артериального давления.
830. Увеличение объема циркулирующей крови.
831. Прием бета-адреноблокаторов.
832. Какие клинические особенности типичны для гипертрофической кардиомиопатии?
833. -Систолический шум в III-IV межреберье по левому краю грудины, усиливающийся при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
834. Систолический шум во II-III межреберье по правому краю грудины, ослабевающий при натуживании на высоте вдоха или после приема нитроглицерина.
835. Систолический шум проводится на сосуды шеи.
836. II тон над аортой ослаблен.
837. Все типичны.
838. Какие препараты нежелательно применять при лечении гипертрофической кардиомиопатии?
839. Амиодарон.
840. Пропранолол.
841. Верапамил.
842. -Нитроглицерин.
843. Все можно применять.
844. Как называется хроническое заболевание сердца с возникновением патологической ригидности миокарда желудочков, препятствующей их диастолическому наполнению?
845. Дилатационная кардиомиопатия.
846. Гипертрофическая кардиомиопатия.
847. -Рестриктивная кардиомиопатия.
848. Постинфарктный кардиосклероз.
849. Какие заболевания не имеют отношения к рестриктивной кардиомиопатии?
850. Эндомиокардиальный фиброз.
851. Африканская облитерирующая кардиопатия Беккера.
852. Париетальный фибропластический эозинофильный эндокардит Леффлера.
853. -Миокардит Абрамова-Фидлера.
854. Все имеют отношение.
855. Чем обусловлены нарушения внутрисердечной гемодинамики при рестриктивной кардиомиопатии?
856. Невозможностью расслабления миокарда желудочков.
857. Невозможностью диастолического наполнения желудочков.
858. Уменьшением ударного объема сердца.
859. Недостаточностью митрального, трикуспидального клапанов.
860. -Всеми перечисленными причинами.
861. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца?
862. Наличие воспалительного процесса в миокарде.
863. Сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде.
864. -Патологические изменения метаболизма миокардиоцитов.
865. Нарушений коронарной гемодинамики.
866. Иммунноаллергическое поражение миокарда.
867. Какие патологические состояния вызывают миокардиодистрофию?
868. Голодание.
869. Физическое переутомление.
870. Климакс.
871. Хронический тонзиллит.
872. -Все перечисленные.
873. Какие заболевания могут сопровождаться миокардиодистрофией?
874. Алкоголизм.
875. Хроническая почечная недостаточность.
876. Тиреотоксикоз.
877. -Все перечисленные.
878. Ни одно из перечисленных.
879. Какие лабораторные показатели дают основание предполагать о наличии миокардиодистрофии?
880. Лейкоцитоз.
881. Увеличенная СОЭ.
882. Высокий уровень фибриногена и фибрина в крови.
883. Все перечисленное.
884. -Ничего из перечисленного.
885. Что общего между миокардиодистрофией и миокардитом?
886. Воспалительный процесс в миокарде.
887. -Метаболические нарушения в миокардиоцитах.
888. Аллергическая реактивность.
889. Эффективность лечения аминохинолиновыми препаратами.
890. Все выше перечисленное.
891. Что общего между ИБС и миокардиодистрофией?
892. Зависимость нарушений метаболизма миокарда от коронарной гемодинамики.
893. Формирование очагов кардиосклероза.
894. -Нарушение проводимости и возбудимости миокарда.
895. Преимущественное поражение левого желудочка.
896. Все перечисленное.
897. При каких системных васкулитах не поражаются крупные артерии эластического типа?
898. Гигантоклеточный височный артериит Хортона.
899. -Узелковый полиартериит.
900. Аортоартериит Такаясу.
901. Все упомянутые васкулиты сопровождаются поражением крупных артерий.
902. Ни один из упомянутых васкулитов не сопровождается поражением крупных артерий.
903. При каких системных васкулитах поражаются преимущественно артерии среднего калибра?
904. Гранулематоз Вегенера.
905. Узелковый полиартериит.
906. Геморрагический васкулит.
907. Гигатноклеточный височный ангиит Хортона.
908. -При всех упомянутых васкулитах.
909. При каких системных васкулитах поражаются мелкие сосуды микроциркуляторного русла?
910. Микроскопический полиангиит.
911. Эссенциальный криоглобулинемический васкулит.
912. Геморрагический васкулит Шенлейн-Геноха.
913. Узелковый полиартериит.
914. -При всех упомянутых васкулитах поражаются сосуды микроциркуляторного русла.
915. Какие системные васкулиты сопровождаются поражением легких?
916. Гранулематоз Вегенера.
917. Микроскопический полиангиит.
918. Ангиит Чарга-Стросса.
919. -При всех упомянутых васкулитах поражаются легкие.
920. При упомянутых васкулитах легкие поражаются крайне редко.
921. Какие этиологические факторы способствуют возникновению узелкового полиартериита?
922. Инфекция вирусом гепатита В.
923. Инфекция герпевирусом 1-го и 2-го типов -вирусы простого герпеса.
924. Инфекция герпевирусом 5-го типа -цитомегаловирус.
925. -Все упомянутые факторы имеют этиологическое значение при данном заболевании.
926. Ни один из упомянутых факторов не имеет этиологического значения при данном заболевании.
927. Какие жалобы типичны для узелкового полиартериита?
928. -Выраженная слабость, прогрессирующая потеря массы тела.
929. -Беспричинная длительная лихорадка.
930. Зуд кожных покровов.
931. -Интенсивные боли в мышцах ног.
932. -Мигрирующие боли в крупных суставах
933. Какие объективные проявления типичны для узелкового полиартериита?
934. Кожные покровы "мраморного" вида с эритематозными, папулезными, уртикарными высыпаниями.
935. Некрозы кожи с изъязвлениями, образованием тканевых дефектов, пигментных пятен .
936. Появление расположенных по ходу сосудистых стволов болезненных, пульсирующих узелков.
937. Гангрена пальцев стопы с необходимостью их ампутации.
938. -Все упомянутые признаки типичны для данного заболевания.
939. Какая причина поражения почек у больных с узелковым полиартериитом?
940. Диффузный иммуннокомплексный гломерулонефрит.
941. Некротизирующий васкулит мелких артерий в сочетании фокально- сегментарным гломерулонефритом.
942. -Стенозирование почечных артерий.
943. Все упомянутое не типично для поражения почек при данном заболевании.
944. Всё упомянутое типично для поражения почек при данном заболевании
945. Какие поражения типичны для узелкового полиартериита?
946. -Воспаление сосудов головного и спинного мозга с нарушениями чувствительности, парезами, эпилепсией.
947. -Воспаление и стеноз тестикулярных артерий с мучительными болям в яичках.
948. -Васкулит артерий, питающих эндокринные железы, с нарушениями функции щитовидной железы, надпочечников.
949. Воспаление капилляров и клубочков в почках, гломерулонефрит.
950. Все упомянутые поражения типичны для данного заболевания.
951. Какие поражения типичны для узелкового полиартериита?
952. Стенозирующий артериит коронарных артерий с ишемией миокарда вплоть до инфаркта.
953. Артериит средних артерий в системе чревного ствола с диспепсическими расстройствами, гастродуоденальными язвами, кровотечениями.
954. Артериит брыжеечных артерий среднего калибра скровотечениями, гангреной кишечника.
955. -Все упомянутые поражения типичны для данного заболевания.
956. Ни одно из упомянутых поражений не типично для данного заболевания.
957. Какой из вариантов общего анализа крови типичен для узелкового полиартериита?
958. Гипохромная анемия увеличенная С0Э, нормальный уровень лейкоцитов, тромбоцитов.
959. Нормальный уровень содержания эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов,увеличенная СОЭ.
960. -Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, умеренный тромбоцитоз,
961. Все варианты типичны для данного заболевания.
962. Ни один из вариантов не типичен для данного заболевания
963. Какие критерии позволяют отличить узелковый полиартериит от ангиита Чарга-Стросса?
964. Аллергия,
965. Изменения в придаточных пазухах носа.
966. Летучие инфильтраты в легких, ассоциированные с гиперэозинофилией.
967. Все упомянутые критерии свидетельствуют в пользу узелкового полиартериита.
968. -Ни один из упомянутых критериев не свидетельствует в пользу узелкового полиартериита.
969. Какие методы используются для лечения больных узелковым полиартериитом?
970. Пульс-терапия высокими дозами метилпреднизолона - по 1000 мг в день в течение 3 днейс добавлением во второй день 1000 мг циклофосфана.
971. Преднизолон в дозе 1 мг/кг в день в течение месяца, затем дозу постепенно снижают до уровня, обеспечивающего поддержку ремиссии.
972. Преднизолон в дозе 1 мг/кг/день вместе с циклофосфаном 2 мг/кг/день в течение месяца, затем дозу постепенно снижают до уровня,обеспечивающего поддержку ремиссии.
973. Иммуноглобулин О (сандоглобулин) по 1 г в день в течение 3 дней.
974. -Все указанные методы.
975. Какая формулировка соответствует определению гранулематоза Вегенера?
976. Эозинофильный гранулематозный некротизирующий васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой
977. -Системный некротизирующий васкулит средних и мелких сосудов, включая артериолы, капилляры, венулы, в сочетании с гранулематозным язвенно-некротическим поражением респираторного тракта некротизирующим гломерулонефритом.
978. Системный гранулематозный васкулит, возникающий у лиц пожилого возраста, при котором поражаются аорта и отходящие от нее крупные артерии.
979. Аллергическое иммуннокомплексное заболевание, сопровождающееся асептическим воспалением и дезорганизацией стенок артериол, капилляров, венул в сочетании с множественным тромбообразованием в мелких сосудах кожи и внутренних органов.
980. Системный некротизирующий васкулит с преимущественным поражением мелких сосудов микроциркуляторного русла - артериол, капилляров, венул.
981. Какие патогенетические механизмы присущи гранулематозу Вегенера?
982. Разрушение нейтрофилов с выходом из цитоплазмы агрессивных субстанций-протеазы,перекись водорода и др.
983. Активация комплемента.
984. Некрозы стенки мелких и средних сосудов.
985. Формирование периваскулярных полиморфноклеточных гранулем.
986. -Все упомянутые механизмы участвуют в патогенезе данного заболевания.
987. Какие поражения характерны для гранулематоза Вегенера?
988. Язвенно-некротические изменения дыхательных путей.
989. Инфильтративно-деструктивные процессы в легких.
990. Фокально-сегментарный гломерулонефрит.
991. Ни одно из упомянутых поражений не характерно для данного заболевания.
992. -Все упомянутые поражения типичны для гранулематоза Вегенера.
993. Какая из приведенных ниже стадий относится к клиническому течению гранулематоза Вегенера?
994. -Риногенная стадия.
995. -Легочная стадия.
996. Почечная стадия.
997. -Генерализованная стадия.
998. -Терминальная стадия.
999. Согласно стандартам оказания медико-санитарной помощи больным с некротизирующим васкулитом, обязательными консультациями при постановке диагноза являются консультации следующих специалистов:
1000. -Ревматолога
1001. Хирурга
1002. Дерматолога
1003. -Невролога
1004. Офтальмолога
1005. Согласно стандартам оказания медико-санитарной помощи больным с некротизирующим васкулитом, обязательными инструментальными исследованиями при постановке диагноза являются следующие:
1006. -УЗИ органов брюшной полости
1007. -ЭХО-КГ, ЭКГ
1008. -ФГДС
1009. -Рентегноденситометрия поясничного отдела позвоночника
1010. Рентгенограмма легких
1011. Какие жалобы не характерны для гранулематоза Вегенера?
1012. Жалобы на общую слабость, лихорадку, миалгаи, артралгаи, потерю массы тела.
1013. Жалобы на постоянный насморк, боли в носу, во рту, в горле, в ушах
1014. Жалобы на гнойно-геморрагическое отделяемое из носа, рта, носоглотки.
1015. -Жалобы на зуд кожных покровов.
1016. Жалобы на кашель с кровохарканьем
1017. Симптомы какой патологии нельзя обнаружить у больных гранулематозом Вегенера?
1018. -Бронхиальная астма.
1019. Плеврит.
1020. Инфильтраты в легких.
1021. Полости распада в легких.
1022. Гломерулонефрит.
1023. Какие поражения почек типичны для гранулематоза Вегенера?
1024. Очаговый гломерулонефрит с легким течением, не приводящим к формированию декомпенсированной почечной недостаточности.
1025. Пиелонефрит.
1026. -Фокально-сегментарный гломерулонефрит, способный быстро прогрессировать с исходом в декомпенсированную почечную недостаточность.
1027. Ишемия почек с вторичной артериальной гипертензией, почечной недостаточностью, обусловленная стенозирующим васкулитом крупных почечных артерий.
1028. Амилоидоз почек с нефротическим синдромом.
1029. Какой вариант общего анализа крови типичен для гранулематоза Вегенера?
1030. Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ, лейкоцитоз, гиперэозинофилия.
1031. Умеренная гипохромная анемия, увеличенная СОЭ, тромбоцитопения, лейкопения.
1032. -Умеренная нормохромная анемия, увеличенная СОЭ, тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз.
1033. Все представленные варианты типичны для данного заболевания.
1034. Ни один из представленных вариантов не типичен для данного заболевания.
1035. Какой метод лечения применяется при тяжелом, быстро прогрессирующем течении грануематоза Вегенера?
1036. Циклофосфан 5-10 мг/кг/сутки в течение 2-7 дней, затем постепенное уменьшение дозы до 25-50 мг/сутки.
1037. Циклофосфан 5-10 мг/кг/сутки в течение 2-7 дней вместе с преднизолоном 20-40 мг/сутки с последующим уменьшением дозы до уровня обеспечивающего ремиссию.
1038. -Пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг/сутки три дня подряд с введением во второй день 1000 мг циклофосфана.
1039. Плазмоферез и гемосорбция.
1040. Антибиотики широкого спектра действия.
1041. Какая из представленных формулировок соответствует определению ангиита Чарга-Стросса?
1042. Системный некротизирующий васкулит средних и мелких сосудов, включая артериолы, капилляры, венулы, в сочетании с гранулематозным язвенно-некротическим поражением респираторного тракта, некротизирующим гломерулонефритом.
1043. Системное некротизирующее воспаление средних артерий мышечного типа,но без васкулита артериол капилляров, венул гломерулонефрита и безобразования гранулем.
1044. Системный некротизирующий васкулит с преимущественным поражением мелких сосудов микроциркуляторного русла - артериол, капилляров, венул.
1045. -Эозинофильный гранулематозный некротизирующий васкулит, поражающий сосуды мелкого и среднего калибра, сочетающийся с бронхиальной астмой
1046. Аллергическое иммуннокомплексное заболевание, сопровождающееся асептическим воспалением и дезорганизацией стенок артериол, капилляров, венул, в сочетании с множественным тромбообразованием в мелких сосудах кожи и внутренних органов.
1047. Какие особенности характерны для клинической картины первой, начальной фазы ангиита Чарга-Стросса?
1048. -Аллергический ринит.
1049. -Полипоз слизистой носа.
1050. -Синуситы.
1051. -Бронхиальная астма с легочными инфильтратами.
1052. Высокая лихорадка, миалгии, артралгии, снижение массы тела.
1053. Какой признак свидетельствует о начале второй фазы ангиита Чарга-Стросса?
1054. Инфильтраты в легких, органах пищеварения, сердце, других органах.
1055. -Гиперэозинофилия в периферической крови.
1056. Экссудативный плеврит.
1057. Экссудативный перикардит.
1058. Крапивница и эритема на кожных покровах.
1059. Какие признаки свидетельствуют о начале третьей фазы ангиита Чарга-Стросса?
1060. Лихорадка с выраженной интоксикацией, миалгии, артралгии, быстрая потеря массы тела.
1061. Уменьшение тяжести клинических проявлений бронхиальной астмы.
1062. Эозинофильный миокардит с прогрессирующей сердечной недостаточностью.
1063. Очаги инфарктов кожи.
1064. -Все указанные признаки.
1065. Какие поражения почек возникают у больных ангиитом Чарга-Стросса?
1066. Некротизирующий гломерулонефрит с прогрессирующей почечной недостаточностью.
1067. -Очаговый доброкачественный гломерулонефрит, не приводящий к почечнойнедостаточности.
1068. Ишемия почек, приводящая к злокачественной артериальной гипертензии.
1069. Амилоидоз почек.
1070. Поражений почек никогда не возникает.
1071. Какие методы применяются для лечения больных с ангиитом Чарга-Стросса?
1072. Преднизолон 1мг/кг/день в течение месяца с последующим постепенным снижением дозы до минимальной, при которой возможна ремиссия.
1073. Преднизолон 1мг/кг/день в сочетании с циклофосфаном 2 мг/кг/день в течение месяца с последующим постепенным снижением дозировок препаратов до уровня, обеспечивающего ремиссию.
1074. Плазмоферез и гемосорбция.
1075. Пульс-терапия:три дня подряд по 1000 мг метилпреднизолона в сутки, на второй день дополнительно вводят 1000 мг циклофосфана.
1076. -Все упомянутые методы применимы при данном заболевании.
1077. Какая из приведенных ниже формулировок соответствует определению неспецифического аортоартериита?
1078. Системный негранулематозный васкулит, поражающий аорту и ее крупные ветви, легочную артерию.
1079. -Системный гранулематозный васкулит, поражающий крупные артерии эластического типа - аорту и ее магистральные ветви, легочную артерию
1080. Системный негранулематозный васкулит, поражающий крупные артерии эластического типа - аорту и ее магистральные ветви, но не поражающий легочную артерию.
1081. Системный гранулематозный васкулит, поражающий только легочную артерию.
1082. Системный негранулематозный васкулит, поражающий сосуды легких и почек.
1083. Какие факторы способствуют возникновению неспецифического аортоартериита?
1084. Пожилой возраст.
1085. Аллергический статус.
1086. -Генетическая предрасположенность.
1087. Социальные факторы.
1088. Все представленные факторы способствуют возникновению данного заболевания.
1089. Какие патоморфологические сдвиги специфичны для неспецифического аортоартериита?
1090. Эозинофальная гранулема в стенке пораженного сосуда.
1091. -Круглоклеточная гранулема с единичными гигантскими многоклеточными клетками.
1092. Отсутствие признаков склерозирования стенки и стеноза пораженных артерий.
1093. Отсутствие тромбов в просвете пораженных сосудов.
1094. Преимущественное поражение артерий мышечного типа.
1095. Какие существуют патоморфологические варианты неспецифического аортоартериита?
1096. Артериит дуги аорты и ее ветвей: плечеголовного ствола, левых общей сонной и подключичной артерий.
1097. Артериит грудного и брюшного отделов аорты с вовлечением почечных, чревной, верхней и нижней брыжеечной артерий.
1098. Тотальное поражение аорты со всеми отходящими от нее крупными артериальными стволами.
1099. Сочетанный артериит аорты и легочной артерии.
1100. -Существуют все упомянутые варианты.
1101. Какие синдромы из представленных ниже типичны для неспецифического аортоартериита?
1102. -Синдром дуги аорты.
1103. Синдром бронхиальной обструкции.
1104. -Синдром легочной гипертензии.
1105. -Синдром поражения сердца.
1106. -Синдром перемежающейся хромоты.
1107. Что является причиной повышения артериального давления у больных неспецифическим аортоартериитом?
1108. Гломерулонефрит.
1109. Пиелонефрит.
1110. Нефросклероз.
1111. -Стеноз почечных артерий.
1112. Поражение мозговых артерий.
1113. Какие симптомы типичны для синдрома дуги аорты у больных неспецифическим аортоартериитом?
1114. -Зябкость рук, боли, слабость в мышцах верхних конечностей.
1115. Звездчатые телеангиоэктазии на коже верхнего плечевого пояса.
1116. -Уменьшение или отсутствие пульса на лучевых артериях.
1117. -Систолический шум над подключичными артериями.
1118. -Разница артериального давления на правой и левой руках более 10 мм рт.ст.
1119. Какие симптомы типичны для поражения легочной артерии у больных неспецифическим аортоартериитом?
1120. Приступы удушья.
1121. Кровохарканье.
1122. Инфильтраты в легких.
1123. -Одышка, увеличение печени, периферические отеки.
1124. Все обозначенные симптомы типичны для данного заболевания.
1125. Какая патология характерна для поражения сердца у больных неспецифическим аорто-артериитом?
1126. -Недостаточность клапанов устья аорты.
1127. -Миокардит.
1128. -Инфаркт миокарда.
1129. Амилоидоз сердца.
1130. Вся упомянутая патология не характерна для данного заболевания.
1131. Какие патологически сдвиги формируют синдром перемежающейся хромоты у больных неспецифическим аортоартериитом?
1132. -Стенозирующий васкулит подвздошных и бедренных артерий.
1133. Гранулематозный васкулит мелких артерий нижних конечностей.
1134. Тромбоз мелких сосудов микроциркуляторного русла в мышцах нижних конечностей.
1135. Поражение тазобедренных и коленных суставов.
1136. Препараты каких групп нельзя применять для лечения артериальной гипертензии у больных неспецифическим аортоартериитом?
1137. Блокаторы кальциевых каналов.
1138. -Ингибиторы АПФ.
1139. Мочегонные.
1140. Бета-адреноблокаторы.
1141. Всех упомянутых групп.
1142. Какое лечение показано в острый период неспецифического аортоартериита?
1143. -Преднизолон 30-100 мг/сутки, с добавлением для увеличения эффективности лечения циклофосфана 2 мг/сутки.
1144. Постоянный прием небольших доз (10-15 мг/сутки) преднизолона.
1145. Постоянный прием нестероидных противосовпалительных препаратов.
1146. Постоянный прием спазмолитиков.
1147. Может применяться любой из упомянутых методов фармакотерапии.
1148. Какая схема пульс-терапии используется при лечении больных неспецифическим аортоартериитом при возникновении угрожающих жизни сосудистых нарушений?
1149. Ежедневно по 2000 мг преднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 2000 мг цитофосфамида.
1150. -Ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 1000 мг циклофосфамида.
1151. Ежедневно по 100 мг метилпреднизолона 3 дня подряд с введением во второй день 100 мг циклофосфамида.
1152. Однократно 2000 мг преднизолона с введением в этот же день 2000 мг циклофосфамида.
1153. Может применяться любая схема из упомянутых.
1154. Какой из перечисленных мофрологических признаков наиболее патогномоничен для гигантоклеточного височного артериита?
1155. -Образование гранулемы из гигантских многоядерных клеток.
1156. Склероз стенки пораженных артерий.
1157. Образование тромбов в просвете пораженных артерий.
1158. Образование аневризм пораженных артерий.
1159. Разрушение стенки пораженных сосудов с кровотечением в окружающие ткани.
1160. Какие объективные симптомы характерны для классического варианта гигантоклеточного височного артериита?
1161. -Височная артерия извитая, набухшая, без признаков пульсации, резко болезненная при пальпации.
1162. Височные артерии извитые, тонкие, плотные, безболезненные, без признаков пульсации.
1163. По ходу височных артерий пальпируются плотные, пульсирующие узелки - аневризмы.
1164. Любые из указанных симптомов могут иметь место при данном заболевании
1165. Указанные симптомы не типичны для данного заболевания.
1166. При наличии каких симптомов можно полагать, что у больного не гигантоклеточный височный артериит, а ревматическая полимиалгия?
1167. -Боли, скованность в мышцах плечевого пояса, не деструктивный полиартрит лопаточно-ключичных и грудино-ключичных суставов.
1168. Отсутствие пульса на лучевых артериях с одной или обеих сторон.
1169. Резко ослаблен пульс на артериях тыла стопы.
1170. По ходу подкожных артерий плотные, болезненные, пульсирующие узелки
1171. Височные артерии плотные, пульсирующие, безболезненные, при УЗИ-с пристеночными очагами, выступающими в просвет сосуда.
1172. При наличии каких симптомов можно полагать, что у больного не атеросклеротическое поражение артерий, а гигантоклеточный височный артериит?
1173. Отсутствие пульса на лучевых артериях с одной или обеих сторон.
1174. -Височные артерии набухшие, болезненные, не пульсируют.
1175. Несколько ослаблен пульс на артериях тыла стопы.
1176. По ходу подкожных артерий плотные, болезненные, пульсирующие узелки
1177. -Боли, скованность в мышцах плечевого пояса, не деструктивный полиартрит лопаточно-ключичных и грудино-ключичных суставов.
1178. Применение каких препаратов позволяет получить ремиссию у больных гигантоклеточным височным артериитом?
1179. Ингибиторы АПФ.
1180. -Глюкокортикоиды.
1181. Нестероидные противовоспалительные препараты.
1182. Мочегонные.
1183. Все перечисленные
1184. Какая тактика применения преднизолона не является оптимальной при лечении больных гигантоклеточным височным артериитом?
1185. -Длительная монотерапия малыми (до 10 мг/сутки) дозами препарата.
1186. Назначение 60-80 мг/сут. в течение нескольких недель с дальнейшим постепенным снижением дозировки до минимальной, при которой возможна ремиссия.
1187. Комбинированное лечение преднизолоном и цитостатиками (метотрексат, азатиоприн).
1188. Пульс-терапия - 1000 мг/сутки 3 дня подряд с добавлением во второй день 1000 мг циклофосфана.
1189. Увеличение дозы преднизолона при появлении симптомов обострения заболевания.
1190. Какой метод диагностики является самым надежным для прижизненной верификации диагноза гигантоклеточного височного артериита?
1191. Селективная ангиография сонных и височных артерий.
1192. Двумерное УЗИ.
1193. Допплеровское УЗИ.
1194. -Биопсия фрагмента височной артерии.
1195. Биопсия кожно-мышечного лоскута.
1196. В каком возрасте обычно развивается ревматическая полимиалгия?
1197. В любом возрасте.
1198. В подростковом возрасте.
1199. В возрасте от 1 8 до 30 лет.
1200. В возрасте от 30 до 50 лет.
1201. -В возрасте старше 50 лет.
1202. Какое заболевание часто возникает вместе с ревматической полимиалгией?
1203. Ревматоидный артрит.
1204. -Гигантоклеточный височный артериит.
1205. Аортоартериит Такаясу.
1206. Узелковый полиартериит.
1207. Гранулематоз Вегенера.
1208. Какой симптомокомплекс наиболее характерен для ревматической полимиалгии?
1209. -Острое начало, лихорадка, общая слабость, депрессия, похудение, скованность, боли в мышцах не усиливающиеся при их пальпации.
1210. Постепенное начало, субфебрилитет, общая слабость, скованность, ограничение подвижности суставов, периартикулярный отек, резкие боли в суставах при попытке движения.
1211. Острое начало утром, лихорадка, интенсивные суставные боли, отек и гиперемия периартикулярных тканей, деформация суставов.
1212. Острое начало, лихорадка, похудение, резкая слабость, атрофия мышц, болезненность при пальпаторном исследовании мышц.
1213. Постепенное начало, нормальная температура тела, выраженные боли в позвоночнике, спонтанные переломы ребер.
1214. Какие изменения в общем анализе крови наиболее типичны для ревматической полимиалгии?
1215. -Резко увеличенная СОЭ.
1216. Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз.
1217. Гипохромная анемия.
1218. Эозинофилия.
1219. Все перечисленное типично для данного заболевания.
1220. Какое исследование необходимо выполнить больному ревматической полимиалгией для убедительного подтверждения диагноза сопутствующего гигантоклеточного височного артериита?
1221. Морфологическое исследование препаратов кожно-мышечного лоскута.
1222. -Морфологическое исследование биоптатов височной артерии.
1223. Биохимический анализ крови.
1224. Селективную ангиографию системы сонных артерий.
1225. Ультразвуковое двумерное и допплеровское исследование сонных и височных артерий.
1226. Какие диагностические критерии типичны для ревматической полимиалгии?
1227. Возраст больных старше 50 лет.
1228. Двусторонние боли в плечевых суставах.
1229. Скованность в плечевых суставах утром более 1 часа при отсутствии рентгенологических признаков артрита.
1230. Отсутствие признаков воспаления мышечной ткани по данным биопсии, нормальный уровень креатинфосфокиназы в крови.
1231. -Все приведенные критерии типичны.
1232. Какие диагностические критерии типичны для ревматической полимиалгии?
1233. Боли в мышцах и скованность в суставах не купируются нестероидными противовоспалительными препаратами, но уменьшаются или исчезают после приема глюкокортикостероидов -преднизолона.
1234. СОЭ превышает 40 мм/час.
1235. Психическая депрессия.
1236. Прогрессирующее уменьшение массы тела.
1237. -Все приведенные критерии типичны для ревматической полимиалгии.
1238. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз ревматической полимиалгии?
1239. Ревматоидным артритом.
1240. Остеоартрозом.
1241. Полимиозитом .
1242. Множественной миеломой.
1243. -Со всеми перечисленными.
1244. Результаты какого исследования могут помочь в дифференциальной диагностике ревматической полимиалгии и остеоартроза?
1245. -Рентгенография суставов.
1246. Определение активности креатинфосфокиназы в крови.
1247. Тест на присутствие белка Бенс-Джонса в моче.
1248. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка, толстой кишки.
1249. Морфологическое исследование биоптатов височных артерий.
1250. Какие препараты следует применять для купирования болевого синдрома у больных с ревматической полимиалгией?
1251. Нестероидные противовоспалительные препараты.
1252. Цитостатики.
1253. Наркотические анальгетики.
1254. -Глюкокортикоидные препараты в малых (около 10 мг/день) дозах.
1255. Глюкокортикоидные препараты в средних и больших - 60-100 мг/день дозах
1256. Для лечения пароксизма суправентрикулярной тахикардии <могут быть> использованы
1257. -дигоксин
1258. -новокаинамид
1259. -обзидан
1260. -аденозинтрифосфат
1261. <Препаратом выбора> для лечения суправентрикулярной тахикардии является
1262. лидокаин
1263. орнид
1264. мезатон
1265. -верапамил
1266. панангин
1267. Эпистенокардитический перикардит является основанием для отмены антикоагулянтов
1268. -правильно
1269. неправильно
1270. Для купирования пароксизмов суправентрикулярной тахикардии могут применяться
1271. -массаж каротидного синуса
1272. введение лидокаина
1273. -сверхчастая электрокардиостимуляция предсердий
1274. -введение финоптина
1275. -введение аденозинтрифосфата
1276. ЭКГ-признаки желудочковой тахикардии:
1277. частота желудочковых сокращений 2OO-3OO в мин
1278. -ширина QRS не менее O.12 c
1279. наличие дельта-волны
1280. равенство интервалов R-R
1281. -AV-диссоциация, причем зубцов Р меньше, чем QRS
1282. <Методом выбора> в лечении пароксизма желудочковой тахикардии, осложненного аритмическим коллапсом, является
1283. массаж каротидного синуса
1284. -проведение электроимпульсной терапии
1285. введение новокаинамида
1286. поддержание параметров гемодинамики введением допамина
1287. введение поляризующего раствора
1288. В основе синдрома слабости синусового узла лежит:
1289. -угнетение образования и/или проведения импульса в синусовом узле
1290. нарушение внутрипредсердной проводимости
1291. синдром преждевременного возбуждения желудочков
1292. нарушение AV-проводимости
1293. Синдром WPW включает в себя следующие ЭКГ-признаки
1294. уширение зубца Р больше O.1 с и наличие дельты волны
1295. наличие дельтa-волны и удлинения интервала PQ
1296. наличие дельтa-волны, укорочение PQ и пароксизмы желудочковой тахикардии
1297. -укорочение PQ, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии и наличие дельтa-волны
1298. При мерцательной аритмии:
1299. частота сокращений предсердий 18O-3OO в минуту
1300. на ЭКГ регистрируются одинаковые интервалы R-R
1301. -можно добиться кратковременного уряжения желудочковых сокращений за счет применения вагусных проб
1302. -для купирования пароксизмов эффективно сочетанное внутривенное введение панангина и новокаинамида
1303. -повышается риск тромбоэмболических осложнений
1304. Синдром Фредерика - это сочетание:
1305. -мерцания предсердий и полной атриовентрикулярной блокады
1306. синдрома WPW и полной атриовентрикулярной блокады
1307. замедления внутрипредсердной и атриовентрикулярной проводимости
1308. мерцания предсердий и полной блокады левой ножки пучка Гиса
1309. предсердной тахикардии и полной блокады левой ножки пучка Гиса
1310. Что из перечисленного является ЭКГ-признаками AV-блокад
1311. -удлинение интервала PQ больше O.2O
1312. постепенное укорочение интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS
1313. независимый ритм предсердий и желудочков, причем комплексов QRS больше, чем зубцов Р
1314. -независимый ритм предсердий и желудочков, причем зубцов Р больше QRS
1315. отсутствие зубцов Р на ЭКГ
1316. Проводимость AV-узла улучшается при
1317. повышении активности блуждающего нерва
1318. введении финоптина
1319. -введении атропина
1320. -введении алупента
1321. -повышении активности симпатической нервной системы
1322. Какие из препаратов используются при лечении атриовентрикулярных блокад
1323. этмозин
1324. -атропин
1325. -изадрин
1326. ритмилен
1327. лидокаин
1328. Каким из перечисленных средств Вы отдадите <предпочтение> при лечении гипертонического криза
1329. папаверин
1330. -клофелин
1331. -нитропруссид натрия
1332. -коринфар
1333. эуфиллин
1334. <Методом выбора>при лечении гипертонического криза с явными проявлениями гипертонической энцефалопатии является
1335. -введение сульфата магния
1336. -введение лазикса
1337. введение клофелина
1338. введение пентамина
1339. Какие из перечисленных признаков являются <характерными> для острой левожелудочковой недостаточности
1340. повышение рСО2
1341. -тахикардия
1342. нормальное конечно-диастолическое давление левого желудочка
1343. периферические отеки
1344. -третий сердечный тон
1345. У больной с комбинированным митральным пороком на фоне двухнедельной субфебрильной температуры и артралгий впервые в жизни возник пароксизм мерцательной аритмии.При осмотре: - вынужденное сидячее положение,- ЧСС - 122 уд/мин,- АД - 13O/9O мм рт.ст. <Методом выбора> неотложной терапии является:
1346. экстренная электрическая кардиоверсия
1347. назначение хинидина по схеме
1348. введение новокаинамида
1349. введение пропранолола
1350. -введение строфантина
1351. У больного с перенесенным инфарктом миокарда и умеренными проявлениями сердечной недостаточности на фоне постоянного приема O.5 мг дигоксина в день зарегистрирована желудочковая бигимения. В этой ситуации оправдано все, кроме:
1352. введения поляризующего раствора
1353. отмены дигоксина
1354. назначения дифенилгидантоина
1355. введения унитиола
1356. -введения хлористого кальция
1357. У больной 65 лет с постинфарктным кардиосклерозом и умеренными проявлениями сердечной недостаточностина фоне постоянного приема O.75 мг целанида в день впервые в жизни возник пароксизм тахисистолической формы мерцательной аритмии. В этой ситуации необходимо
1358. с целью более контролируемой терапии заменить целанид на внутривенное капельное введение коргликона
1359. провести экстренную электрическую кардиоверсию
1360. для улучшения сократительной способности миокарда назначить хлористый кальций
1361. -все перечисленное неверно
1362. Лечение спонтанной прогрессирующей (нестабильной) стенокардии включает:
1363. -ограничение режима
1364. -гепарин
1365. -вазодилататоры
1366. -дезагреганты
1367. Пароксизмы мерцательной аритмии могут возникать при следующих состояниях
1368. -тиреотоксикоз
1369. -гипертрофическая кардиомиопатия
1370. -митральный стеноз
1371. -ишемическая болезнь сердца
1372. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда<диагностическую> ценность будет иметь
1373. определение содержания миоглобина
1374. определение активности аспартатаминотрасферазы
1375. определение активности креатининфосфокиназы
1376. -определение активности тропонина
1377. исследование всех перечисленных показателей неинформативно
1378. В остром периоде инфаркта миокарда в 100% случаев имеются нарушения сократительной функции миокарда, что предполагает <обязательное использование>сердечных гликозидов
1379. правильно
1380. -неправильно
1381. У больного в 1-е сутки острого инфаркта миокарда с частой политопной желудочковой экстрасистолией артериальное давление - 1OO/6O мм рт.ст.<Препаратом выбора> в данной ситуации является
1382. атропин
1383. кордарон
1384. -лидокаин
1385. изоптин
1386. аймалин
1387. Назовите факторы, влияющие на темпы снижения артериального давления при лечении гипертонического криза
1388. пол больных
1389. наличие отягощенной наследственности
1390. -возраст больных и состояние сердечно-сосудистой системы
1391. -давность и тяжесть течения гипертензии
1392. -наличие в анамнезе эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения
1393. Купировать криз у больного с феохромоцитомой <предпочтительно> с помощью следующих препаратов
1394. бета-адреноблокаторов
1395. -альфа-адреноблокаторов
1396. гидрокортизона
1397. мочегонных
1398. ганглиоблокаторов
1399. <Препаратом выбора>для купирования гипертонического криза при феохромоцитоме является
1400. клофелин
1401. -фентоламин
1402. пентамин
1403. обзидан
1404. рауседил
1405. Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является
1406. -допамин
1407. дигоксин
1408. адреналин
1409. норадреналин
1410. мезатон
1411. Какие препараты следует отменить при угрозе разрыва миокарда?
1412. наркотические анальгетики
1413. -антикоагулянты
1414. бета-адреноблокаторы
1415. антагонисты Са 2+
1416. нитраты
1417. Что из перечисленного является <наиболее> информативным в диагностике экссудативного перикардита?
1418. наличие характерного болевого синдрома
1419. данные ЭКГ
1420. шум трения перикарда
1421. -результаты эхокардиографии
1422. все перечисленное имеет одинаковую диагностическую ценность
1423. При каком из перечисленных состояний<наиболее> высока угроза эмболии мозговых артерий:
1424. ревмокардит
1425. -инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана
1426. изъязвление атеросклеротических бляшек в грудном отделе аорты
1427. инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана
1428. тромбофлебит нижних конечностей
1429. Какие из перечисленных нарушений ритма могут быть зарегистрированы на ЭКГ при пульсе 140 в 1 минуту:
1430. -синусовая тахикардия
1431. -суправентрикулярная тахикардия
1432. -желудочковая тахикардия
1433. -регулярная форма трепетания предсердий
1434. У больной 70 лет впервые в жизни пароксизм мерцательной аритмии с частотой сокращений желудочков 138 в 1 мин., на фоне которого развился приступ сердечной астмы. Артериальное давление - 90/70 мм.рт.ст. Методом выбора лечения пароксизма является:
1435. введение новокаинамида
1436. введение лидокаина
1437. -электроимпульсная терапия
1438. введение дифенина
1439. ничего из перечисленного
1440. У больного на 2-е сутки острого инфаркта миокарда зарегистрированы желудочковые экстрасистолы с частотой 2-3 в 1 минуту и атриовентрикулярная блокада 2-й степени 1-го типа. Какие из перечисленных препаратов следует ввести больному?
1441. поляризующий раствор
1442. строфантин
1443. этацизин
1444. новокаинамид
1445. -ничего из перечисленного
1446. При инфаркте миокарда задней стенки левого желудочка, осложненным атриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано обязательное профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:
1447. правильно
1448. -неправильно
1449. При передне-перегородочном инфаркте миокарда, осложненном атриовентрикулярной блокадой 2-й степени 1-го типа без нарушений гемодинамики, показано профилактическое введение зонда для эндокардиальной электростимуляции:
1450. -правильно
1451. неправильно
1452. У больного с инфарктом миокарда при осмотре зарегистрирован пульс 40 в 1 мин. Какие варианты нарушений ритма и проводимости следует иметь ввиду в данном случае:
1453. -синусовая брадикардия
1454. -атриовентрикулярная блокада 3-й степени
1455. -атриовентрикулярная блокада 2-й степени 2-го типа
1456. -желудочковая бигеминия
1457. Противопоказанием к электрической кардиоверсии при постоянной мерцательной аритмии является:
1458. -интоксикация сердечными гликозидами
1459. -слабость синусового узла (сведения из анамнеза)
1460. -брадисистолическая форма мерцательной аритмии
1461. -гипертиреоз
1462. В основе каких нарушений ритма лежит механизм ReEntry
1463. -трепетание предсердий
1464. -тахикардия из AV-cоединения
1465. желудочковая парасистолия
1466. -суправентрикулярная тахикардия при синдроме WPW
1467. в основе всех перечисленных нарушений
1468. На что Вы будете ориентироваться при решении вопроса о <восстановлении> синусового ритма у больного с мерцательной аритмией
1469. -характер основной патологии
1470. -сопутствующую патологию
1471. -размеры левого предсердия
1472. -давность нарушения ритма
1473. показатели липидного обмена
1474. Какие из перечисленных утверждений <верны>
1475. желудочковая тахикардия легко купируется вагусными пробами
1476. пучок Кента соединяет предсердия с дистальной частью AV-узла
1477. -этмозин может быть использован для купирования суправентрикулярной тахикардии при синдроме WPW
1478. -методом выбора лечения трепетания желудочков является электроимпульсная терапия
1479. -гипокалиемия способствует развитию интоксикации сердечными гликозидами
1480. Какие из перечисленных утверждений <верны>? Желудочковая тахикардия:
1481. может быть спровоцирована применением хинидиноподобных антиаритмических препаратов
1482. может быть купирована черезпищеводной стимуляцией предсердий
1483. является типичным проявлением синдрома WPW
1484. -может быть предвестником фибрилляции желудочков
1485. все перечисленное верно
1486. Какие из перечисленных утверждений <верны>?AV-блокады:
1487. -встречаются чаще при задних, чем при передних инфарктах миокарда
1488. требуют применения верапамила
1489. -могут встречаться при интоксикации сердечными гликозидами
1490. всегда служат показанием к имплантации искусственного водителя ритма
1491. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным при желудочковой тахикардии обязательными лабораторными методами исследований являются:
1492. -Клинический анализ крови
1493. -Биохимический анализ крови
1494. Определение уровня тропонинов
1495. Липидный спектр крови
1496. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным при желудочковой тахикардии обязательными инструментальными методами исследования, являются все, кроме:
1497. ЭХО-КГ
1498. ЭКГ
1499. Холетровское мониторирование
1500. -Рентгенограмма легких
1501. Что из перечисленногоявляется <абсолютным> показанием к имплантации кардиостимулятора?
1502. синусовая брадикардия и ЧСС до 40 в минуту
1503. -AV-блокада 2-й степени 2-го типа, сопровождающаяся приступами синдрома МЭС
1504. брадисистолическая форма мерцательной аритмии, вызванная передозировкой сердечных гликозидов
1505. -синдром слабости синусового узла, проявляющийся приступами головокружения
1506. AV-блокада 1-й степени, сочетающаяся с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
1507. Какие лекарственные средства необходимо использовать <в первую очередь>для лечения гипертонического криза у больного, прекратившего прием триампура и клофелина:
1508. проведение управляемой гипотонии пентамином
1509. внутривенное введение дибазола и лазикса
1510. -парентеральное или пероральное введение клофелина
1511. назначение празозина
1512. введение эуфиллина
1513. Какое сочетание фармакологических средств является адекватным при лечении отека легких на фоне высокой артериальной гипертензии у больного с острым инфарктом миокарда?
1514. дибазол, лазикс, строфантин
1515. -нитропруссид натрия, лазикс
1516. строфантин, лазикс
1517. лазикс, сульфат магния
1518. Что верно для стенокардии Принцметала?
1519. благоприятный ближайший прогноз
1520. депрессия ST на ЭКГ в момент приступа
1521. -подъем ST на ЭКГ в момент приступа
1522. -часто наблюдается желудочковая аритмия в момент приступа
1523. -у большинства больных имеют место транзиторные спазмы коронарных артерий
1524. Для контроля частоты желудочковых сокращений при мерцательной аритмии могут быть использованы все из перечисленных препаратов,<за исключением>
1525. кордарона
1526. пропранолола
1527. дигоксина
1528. -лидокаина
1529. верапамила
1530. Противопоказаниями для назначения антикоагулянтов в остром периоде инфаркта миокарда является
1531. -возраст старше 75 лет
1532. -геморрагический диатез
1533. -злокачественные новообразования
1534. Тромболизис в первые часы инфаркта миокарда может быть достигнут с помощью
1535. -урокиназы
1536. -тканевого активатора плазминогена
1537. -стрептокиназы
1538. аспирина
1539. гепарина
1540. Больная 60 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 140 в 1 минуту,- АД- 70/40 мм рт.ст.,- ЦВД - 10 мм водного столба. Экстренную терапию следует начать
1541. с введения норадреналина + хлористого кальция
1542. с введения дигоксина + поляризующего раствора
1543. с введения бикарбоната натрия + адреналина
1544. -с введения реополиглюкина + допмина
1545. с внутримышечного введения преднизолона
1546. Больной 50 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 140 в 1 минуту,- АД- 7O/4O мм рт.ст.,- ЦВД - 35O мм водного столба. Экстренную терапию следует начать
1547. с введения норадреналина + хлористого кальция
1548. с введения дигоксина + поляризующего раствора
1549. с введения бикарбоната натрия + адреналина
1550. -с введения допмина + поляризующего раствора
1551. с введения реополиглюкина + мезатона
1552. Больной 40 лет, первые сутки обширного инфаркта миокарда. При осмотре: - бледная с "мраморным" рисунком холодная кожа,- синусовая тахикардия 14O в 1 минуту,- АД - 7O/4O мм рт.ст. Экстренную терапию следует начать
1553. с введения мезатона
1554. с введения дигоксина
1555. с введения хлористого кальция
1556. с введения пентамина
1557. -с введения допмина
1558. При инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, центральное венозное давление
1559. повышено в 1OO% случаев
1560. понижено в 1OO% случаев
1561. -чаще повышено, чем снижено
1562. чаще снижено, чем повышено
1563. уровень ЦВД не имеет значения для выбора врачебной тактики
1564. У больного с хроническим обструктивным бронхитом и симптомами хронического "легочного" сердца возник пароксизм предсердной тахикардии. <Препаратом выбора> для купирования пароксизма является:
1565. панангин
1566. лидокаин
1567. дигоксин
1568. -верапамил
1569. пропранолол
1570. <Правильным утверждением>относительно купирования тахиаритмии при синдроме WPW <с антероградным> проведением импульса является:
1571. невозможно проведение электрокардиоверсии
1572. невозможно использование мембраностабилизирующих препаратов, вследствие их угнетающего действия на внутрижелудочковую проводимость
1573. -невозможно использование изоптина из-за вероятности ускорения проведения импульса по дополнительному предсердножелудочковому пути
1574. Клиническими диагностическими критериями стенокардии напряжения II ФКявляются:
1575. появление приступа стенокардии при ходьбе менее чем 100 метров;
1576. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу меньше чем на 1 этаж;
1577. -появление приступа стенокардии при ходьбе по ровному месту в нормальном темпе не менее чем 500 м
1578. -появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу более чем на 1 этаж;
1579. появление приступа стенокардии при переноске менее 3 кг груза.
1580. Для стабильной стенокардии напряжения III функционального класса<характерно>:
1581. появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу более чем на 1 этаж;
1582. -появление приступа стенокардии при подъеме на лестницу менее чем на 1 этаж;
1583. -появление приступа стенокардии при ходьбе в нормальном темпе менее чем 500 м;
1584. -появление приступа стенокардии при психоэмоциональном напряжении;
1585. появление приступа стенокардии при переноске менее 2 кг груза.
1586. Что из перечисленного характерно для стенокардии напряжения IV функционального класса?
1587. -любая физическая нагрузка (ходьба по комнате, умывание)
1588. -переноска груза менее 3 кг;
1589. –возникновение ангинозной боли при физическом покое;
1590. -возникновение ангинозного приступа при психоэмоциональном напряжении;
1591. подъем по лестнице более чем на 1 этаж.
1592. Что из перечисленного является абсолютным противопоказанием для проведенияв елоэргометрии
1593. -острый период инфаркта миокарда (менее 4-х недель от начала заболевания)
1594. -прогрессирующая (нестабильная) стенокардия;
1595. -острый тромбофлебит;
1596. -недостаточность кровообращения IIБ-III стадии;
1597. -выраженная дыхательная недостаточность;
1598. -значительный стеноз устья аорты;
1599. -обморочные состояния в анамнезе;
1600. -перемежающаяся хромота;
1601. атрио-вентрикулярная блокада 1 степени.
1602. Факторами риска ИБС являются:
1603. -гиперлипидемия;
1604. -гипертония;
1605. -курение;
1606. -нарушение толерантности к углеводам;
1607. -психоэмоциональное перенапряжение;
1608. -ожирение;
1609. -малая физическая активность.
1610. Наиболее частая морфологическая основа ИБС:
1611. васкулит;
1612. гиалиноз сосудов;
1613. -атеросклероз коронарных сосудов;
1614. гипертония;
1615. аортальный порок.
1616. Типичные жалобы во время приступа стенокардии:
1617. колющие боли в области сердца;
1618. -давящие боли за грудиной;
1619. -сжимающие боли за грудиной;
1620. -чувство жжения за грудиной;
1621. боли длительные более 60 минут;
1622. боли не снимаются нитроглицерином.
1623. Лабораторные показатели во время приступа стенокардии:
1624. лейкоцитоз;
1625. ускоренная СОЭ;
1626. повышение содержания аспарагиновой трансаминазы;
1627. повышение содержания аланиновой трансаминазы;
1628. повышение содержания креатинфосфотазы;
1629. –перечисленные показатели не изменяются
1630. Основные клинические формы стенокардии:
1631. -стенокардия напряжения стабильная;
1632. -впервые возникшая стенокардия;
1633. -прогрессирующая стенокардия;
1634. -спонтанная (особая) стенокардия;
1635. абдоминальная стенокардия.
1636. Для какого заболевания более характерны следующие признаки: гектическая лихорадка, обильное потоотделение, озноб, одышка, общая слабость?
1637. ревмокардит;
1638. -подострый инфекционный эндокардит;
1639. миокардит Абрамова-Фидлера;
1640. инфаркт миокарда;
1641. спонтанная стенокардия.
1642. Укажите особенность болевого синдрома при инфаркте миокарда:
1643. -сжимающие боли за грудиной;
1644. тупые ноющие боли в области сердца;
1645. -интенсивные ("морфинные") боли;
1646. боли слабой интенсивности;
1647. продолжительность болевого синдрома 5-7 минут;
1648. -продолжительность болевого синдрома более 30 минут.
1649. Причины дефицита пульса:
1650. -мерцание-трепетание предсердий;
1651. -экстрасистолия;
1652. гипертония;
1653. коарктация аорты;
1654. гипертрофический субаортальный стеноз
1655. О чем свидетельствует появление "ритма галопа"?
1656. о митральном стенозе;
1657. о стенозе устья аорты;
1658. о недостаточности митрального клапана;
1659. о недостаточности аортального клапана;
1660. -о тяжелом нарушении сократительной функции миокарда
1661. Укажите механизм образования ритма галопа:
1662. за счет расщепления I тона;
1663. за счет расщепления II тона;
1664. за счет тона открытия митрального клапана;
1665. за счет тона открытия трикуспидального клапана;
1666. -за счет патологического усиления III тона
1667. -за счет патологического усиления IV тона
1668. Укажите составные компоненты ритма перепела:
1669. ослабленный I тон на верхушке;
1670. усиленный II тон над аортой;
1671. ослабленный II тон над аортой;
1672. расщепленный I тон;
1673. расщепленный II тон;
1674. -хлопающий I тон на верхушке;
1675. -тон открытия митрального клапана
1676. Причина усиления I тона:
1677. недостаточность митрального клапана;
1678. стеноз устья аорты;
1679. экстрасистолия;
1680. недостаточность аортального клапана;
1681. -стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия
1682. Аускультативные признаки митрального стеноза:
1683. I тон на верхушке ослаблен;
1684. -I тон на верхушке хлопающий;
1685. II тон ослаблен на аорте;
1686. II тон усилен на аорте;
1687. акцент II тона на легочной артерии;
1688. расщепление I тона;
1689. -тон открытия митрального клапана;
1690. -протодиастолический шум на верхушке
1691. Перечислите абсолютные показания для эндокардиальной кардиостимуляции при остром инфаркте миокарда
1692. -стойкая атрио-вентрикулярная блокада II степени или III степени с блокадой ножек п.Гиса;
1693. -преходящая атрио-вентрикулярная блокада в сочетании с блокадой ножек п.Гиса;
1694. преходяшая атрио-вентрикулярная блокада с преходящей блокадой левой ножки п.Гиса;
1695. блокада передней ветви левой ножки п.Гиса;
1696. блокада левой ножки п.Гиса при сохраненном атрио-вентрикулярном проведении
1697. К диагностическим критериям ревматоидного артрита относятся:
1698. -утренняя скованность;
1699. -артрит трех и большего числа суставов;
1700. -артрит суставов кисти;
1701. -симметрический артрит;
1702. -ревматоидные узелки;
1703. -ревматоидный фактор в сыворотке крови;
1704. -рентгенологически определяемые эрозии суставных поверхностей;
1705. LE-клетки;
1706. уровень мочевой кислоты в крови более 0,42 ммоль/л
1707. Для токсического зоба не характерно:
1708. диффузная потливость
1709. -головная боль
1710. постоянное сердцебиение
1711. мелкий тремор пальцев рук
1712. похудание
1713. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с тиреотоксикозом при постановке диагноза к обязательным консультациям относятся консультации следующих специалистов:
1714. - Эндокринолога
1715. Кардиолога
1716. Офтальмолога
1717. Невропатолога
1718. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным с тиреотоксикозом при постановке диагноза к обязательным инструментальным исследованиям относятся следующие:
1719. -УЗИ щитовидной железы
1720. ЭХО-КГ
1721. -ЭКГ
1722. Холтеровское мониторирование
1723. Сцинтиграфия щитовидной железы
1724. Претибиальная микседема характерна для:
1725. -диффузного токсического зоба
1726. гипотиреоза
1727. аутоиммунного тиреоидита
1728. эндемического зоба
1729. подострого тиреоидита
1730. Наиболее вероятная причина гипотиреоза:
1731. -врожденная гипоплазия щитовидной железы
1732. -недостаточное поступление йода с пищей
1733. рак щитовидной железы
1734. подострый тиреоидит
1735. -аутоиммунный тиреоидит
1736. Индекс массы тела (индекс Кетле) применяется для определения:
1737. степени увеличения щитовидной железы
1738. степени полового развития
1739. степени дефицита тиреоидных гормонов
1740. -степени ожирения
1741. степени отставания детей в росте
1742. На ожирение указывает следующая величина индекса массы тела (индекс Кетле)
1743. меньше 20
1744. 20-25
1745. 15-20
1746. -больше 30
1747. Для гипогликемической комы не характерно:
1748. влажная кожа
1749. гипогликемия
1750. -напряжение мышц живота
1751. судороги
1752. нормальное дыхание
1753. Какой из симптомов не характерен для гипогликемии:
1754. чувство голода
1755. диплопия
1756. -жажда
1757. потливость
1758. судороги
1759. Какие два из названных препаратов инсулина могут применяться при выведении больного из гиперкетонемической комы:
1760. -актрапид
1761. -моносуинсулин
1762. семилонг
1763. ультралонг
1764. монотард
1765. Для инсулинзависимого сахарного диабета не характерно:
1766. начало заболевания в молодом возрасте
1767. -начало заболевания в пожилом возрасте
1768. снижение массы тела
1769. жажда
1770. полиурия
1771. Осложнениями инсулинотерапии являются два признака:
1772. отеки
1773. агранулоцитоз
1774. тромбоцитопения
1775. -липодистрофия
1776. -гипогликемия
1777. Какую суточную дозу инсулина следует рекомендовать при впервые выявленном инсулинзависимом сахарном диабете без кетоацидоза<
1778. -0.5 ед/кг массы тела в сутки
1779. 0.9 ед/кг массы тела в сутки
1780. 60 ед в сутки
1781. 1 ед/кг массы тела в сутки
1782. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи больным инсулиннезависимым сахарным диабетом обязательными лабораторными исследованиями являются все, кроме:
1783. Определение концентрации гликированного гемаглобина
1784. - Определение концентрации С-пептида
1785. Анализ на микроальбуминурию
1786. Липидный спектр крови
1787. Исследование клиренса креатинина
1788. Синдром Мориака- это:
1789. сочетание сахарного и несахарного диабета
1790. -поражение печени у детей больных сахарным диабетом в сочетании с отставанием в росте и половом развитии
1791. сочетание цирроза печени и диабетической нефропатии
1792. сочетание сахарного диабета и аутоиммунной надпочечниковой недостаточности
1793. сочетание диабетической ретинопатии и диабетической нефропатии
1794. Для диабетической вегетативной автономной кардиопатии не характерно:
1795. фиксированный сердечный ритм
1796. ортостатическая артериальная гипотензия
1797. синдром "сердечно-легочной остановки"
1798. -артериальная гипертензия
1799. постоянная тахикардия
1800. При базисно-болюсной терапии препараты инсулина вводятся одним из следующих способов:
1801. инсулин средней длительности действия перед завтраком и перед ужином
1802. инсулин длительного действия перед завтраком
1803. инсулин суточного действия перед завтраком
1804. -инсулин суточного действия перед завтраком, инсулин короткого действия перед завтраком, обедом, ужином
1805. инсулин суточного действия перед завтраком, манинил перед обедом
1806. При исследовании теста на толерантность к глюкозе получены данные: гликемия натощак- 4.8 ммоль/л, через 1 час- 6.4 ммоль/л, через 2 часа- 8.6ммоль/л -Результаты указывают на:
1807. нормальную толерантность к глюкозе
1808. -нарушенную толерантность к глюкозе
1809. Чем отличается свиной инсулин от человеческого:
1810. числом аминокислотных цепей
1811. -различием одной аминокислоты в 30-м положении В-цепи
1812. разным числом дисульфидных мостиков
1813. всем вышеназванным
1814. Причиной хронической надпочечниковой недостаточности (болезни Аддисона) не является:
1815. туберкулез надпочечников
1816. аутоиммунное поражение надпочечников
1817. прекращение продукции АКТГ гипофизом
1818. -цирроз печени
1819. метастазы злокачественной опухоли в надпочечники
1820. Что не характерно для хронической надпочечниковой недостаточности (болезни Аддисона)<
1821. пигментация кожи и слабость
1822. -увеличение печени и высокое содержание железа в крови
1823. наклонность к гипогликемии
1824. артериальная гипотензия
1825. пристрастие к соленой пище
1826. Для хронической надпочечниковой недостаточности не характерны два следующих изменения крови:
1827. -тромбоцитоз
1828. лейкопения
1829. лимфоцитоз
1830. эозинофилия
1831. -тромбоцитопения
1832. Для базофильной аденомы гипофиза (болезни Иценко-Кушинга) характерны два признака:
1833. -высокое содержание в крови кортизола
1834. нормальное содержание в крови кортизола
1835. низкое содержание в крови кортизола
1836. низкий уровень в крови АКТГ
1837. -высокий уровень в крови АКТГ
1838. Для кортикостеромы (синдрома Иценко-Кушинга) характерны два признака:
1839. низкое содержание в крови кортизола
1840. -высокое содержание в крови кортизола
1841. нормальное содержание в крови кортизола
1842. высокое содержание в крови АКТГ
1843. -низкое содержание в крови АКТГ
1844. Для гиперосмолярной комы характерно:
1845. гипогликемия и низкая температура тела
1846. гипергликемия и ацетонурия
1847. гипонатриемия и ацетонурия
1848. -гипонатриемия, гипергликемия отсуствие ацетона в моче
1849. гипергликемия и гипер лактацидемия
1850. Терапия при феохромацитоме включает:
1851. мочегонные средства
1852. -оперативное лечение
1853. -альфа-адреноблокаторы
1854. ингибиторы АПФ
1855. бета-адреблокаторы
1856. Клинические формы течения феохромацитомы:
1857. -параксизмальная
1858. -бессимптомная
1859. -на фоне артериальной гипертензии
1860. злокачественная
1861. медленно прогрессирующая
1862. Неотложные мероприятия гипертонического криза при феохромацитоме включают:
1863. оперативное лечение
1864. -альфа-адреноблокаторы
1865. -бета-адреблокаторы
1866. мочегонные средства
1867. глюкокортикоиды
1868. Неотложные мероприятия при острой надпочечниковой недостаточности:
1869. -глюкокортикоиды
1870. -минералокортикоиды
1871. сульфаниламидные препараты
1872. антибиотики
1873. бета-адреноблокаторы
1874. Клинические признаки острой надпочечниковой недостаточности:
1875. -резкое падение АД
1876. -диспептические явления
1877. резкое повышение АД
1878. гиперпигментация кожи
1879. повышение t тела, озноб
1880. Клиническими признаками тиреотоксического криза являются:
1881. брадикардия
1882. -тахикардия
1883. -увеличение щитовидной железы
1884. -артериальная гипертензия
1885. гипотония
1886. Какие из перечисленных ниже групп препаратов обладают противовоспалительным действием?
1887. -Нестероидные противовоспалительные средства.
1888. -Глюкокортикоиды.
1889. -Цитостатики.
1890. Антибиотики.
1891. Все перечисленные.
1892. Каков основной механизм противовоспалительного действия нестероидных противовоспалительных средств?
1893. -Ингибирование фермента циклооксигеназы-2 и, вследствие этого, снижение выработки простагландинов.
1894. Ингибирование фермента циклооксигеназы-1 и, вследствие этого, снижение выработки простагландинов.
1895. Ингибирование выработки кининов-брадикининов.
1896. Стабилизация лизосомальных мембран клеток.
1897. Снижение выработки энергии в очаге воспаления.
1898. В каких ситуациях может быть назначен парацетамол?
1899. -При зубной боли с анальгетической целью.
1900. -При лихорадке с антипиретической целью.
1901. При артрите с противовоспалительной целью.
1902. При всех перечисленных ситуациях.
1903. Какие из перечисленных ниже препаратов преимущественно блокируют циклооксигеназу-2?
1904. -Нимесулид.
1905. -Мелоксикам.
1906. -Целикоксиб.
1907. Диклофенак натрия.
1908. Индометацин.
1909. Какая доза ацетилсалициловой кислоты считается оптимальной для назначения с дезагрегационной целью?
1910. -1 мг на 1 кг веса больного.
1911. 1,5 мг на 1 кг веса больного.
1912. 125 мг в сутки.
1913. 250 мг в сутки.
1914. Какие из фармакодинамических эффектов нестероидных противовоспалительных средств развиваются раньше всего?
1915. -Анальгетический.
1916. -Антипиретический.
1917. Противовоспалительный.
1918. Десенсибилизирующий.
1919. Все эффекты развиваются почти в одно и то же время.
1920. Какое из побочных действий нестероидных противовоспалительных средств является наиболее частым?
1921. -Гастроэнтеропатия.
1922. Аллергические реакции.
1923. Нефропатия.
1924. Поражение печени.
1925. Агранулоцитоз.
1926. Какие меры следует предпринять для предупреждения развития гастроэнтеропатий при назначении нестероидных противовоспалительных средств с противовоспалительной целью?
1927. Назначение препаратов, примущественно блокирующих циклооксигеназу-2.
1928. Одновременное назначение мизопростола или омепразола или фамотидина.
1929. Учет состояния слизистой ЖКТ на момент начала лечения.
1930. Внутримышечное введение препарата.
1931. -Все перечисленное.
1932. Какой из нестероидных противовоспалительных препаратов наиболее опасен в плане возникновения гастроэнтеропатий?
1933. -Индометацин
1934. Аспирин
1935. Ибупрофен
1936. Диклофенак натрия
1937. Напроксен
1938. Какое из нижеприведенных положений неверно?
1939. -Любой нестероидный противовоспалительный препарат обладает противовоспалительной активностью при назначении даже в минимальных дозах.
1940. Нимесулид и мелоксикам являются наиболее безопасными препаратами в отношении развития гастроэнтеропатий.
1941. Парацетамол не обладает противовоспалительной активностью, поэтому может применяться лишь с анальгетической и антипиретической целями.
1942. Аспирин является необратимым ингибитором циклооксигеназы-1 эндотелия сосудов и тромбоцитов.
1943. Для проведения пульс-терапии обычно используют:
1944. -Метилпреднизолон.
1945. Дексаметазон.
1946. Депо-медрол.
1947. Дипроспан.
1948. Механизм быстрого бронходилятирующего эффекта глюкокортикоидов при приступе бронхиальной астмы основан, главным образом, на:
1949. -Повышении чувствительности адренорецепторов бронхов к катехоламинам.
1950. Противовоспалительном действии глюкокортикоидов.
1951. Антиаллергическом действии глюкокортикоидов.
1952. Иммуносупрессивном действии глюкокортикоидов.
1953. Все перечисленные механизмы играют одинаковую роль.
1954. Каким образом следует перевести больного с парентерального-внутривенного введения гормонов на введение их внутрь?
1955. -Следует произвести расчет таким образом, чтобы количество ампул парентерально вводимого гормона равнялось количеству таблеток энтерального глюкокортикоида.
1956. Следует произвести расчет таким образом, чтобы 1 мг парентерально вводимого гормона равнялся 1 мг энтерального глюкокортикоида.
1957. Какой способ введения гормонов предпочтительнее для купирования обострения (не приступа!, не статуса!) бронхиальной астмы?
1958. -Не имеет значения.
1959. Внутривенный.
1960. Внутрь.
1961. Больной с ревматоидным артритом постоянно амбулаторно принимает 5 мг (1 табл.) преднизолона. На этом фоне после перенесенной вирусной инфекции у него стали наблюдаться слабовыраженные признаки активности основного заболевания. Что следует предпринять?
1962. -Увеличить дозу преднизолона до 4-ех таблеток на короткое время, затем постепенно снизить вновь до 1 табл.
1963. Увеличить дозу преднизолона до 2-ух таблеток и принимать эту дозу неопределенно долгое время. При ухудшении - добавить еще 1 табл. и т.д.
1964. В чем состоит сущность ступенчатой антибактериальной терапии?
1965. -Короткий период (3-4 дня) парентерального введения препарата с последующим переходом на пероральную форму того же или подобного антибактериального препарата.
1966. Постепенное (в течение 3-4 дней) наращивание дозы антибактериального препарата с назначением к 5-му дню максимальной его дозы.
1967. Постепенное (в течение 3-4 дней) снижение дозы антибактериального препарата с назначением к 5-му дню минимальной его дозы.
1968. Чем обусловлен постантибиотический эффект макролида азитромицина?
1969. -Высоким накоплением его в зоне инфильтрации.
1970. Длительным периодом полувыведения антибиотика.
1971. Больной С., 28 лет, заболел остро 2 дня назад дома, при обращении в поликлинику был выставлен диагноз правосторонней нижнедолевой очаговой пневмонии. Было принято решение лечить больного амбулаторно. Назначение какого антибиотика в этих условиях недопустимо?
1972. -Гентамицина.
1973. Амоксициллина.
1974. Цефазолина.
1975. Азитромицина.
1976. Офлоксацина.
1977. Пенициллина.
1978. У больного в анамнезе имелась алергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы. В настоящее время необходимо назначить антибиотик по поводу пневмонии. Какие из перечисленных антибиотиков с большей вероятностью могут вызвать подобную реакцию?
1979. -Ампициллин
1980. -Карбапенем
1981. -Цефатоксим
1982. Мидекамицин
1983. Норфлоксацин
1984. В какие сроки следует оценивать эффективность антибактериальной терапии?
1985. -48-72 часа.
1986. Первые 48 часов.
1987. Через 5 дней.
1988. После окончания курса лечения (7-10 дней).
1989. Какая группа лекарственных средств не относится к препаратам 1-го ряда для лечения артериальной гипертензии?
1990. -Центральные симпатомиметики (клонидин, метилдопа и др.).
1991. Альфа-адреноблокаторы (празозин, доксазозин и др.).
1992. Антагонисты кальция III-го поколения (исрадипин, никардипин и др.)
1993. Блокаторы рецепторов 1-го типа ангиотензина-2 (ирбесартан, валсартан и др.)
1994. Бета-блокаторы с вазодилятирующим действием (карведилол, целипролол и др.)
1995. Какая группа диуретических препаратов используется в первую очередь для длительного лечения артериальной гипертензии?
1996. -Тиазидные и тиазидоподобные.
1997. Петлевые.
1998. Калийсберегающие.
1999. Осмодиуретики.
2000. Какой эффект диуретических препаратов является основным в их гипотензивном действии при длительном лечении артериальной гипертензии?
2001. -Недиуретический.
2002. Диуретический.
2003. Оба механизма имеют одинаковое значение.
2004. Больной К., 63 года, страдает артериальной гипертензией. Находится на учете у уролога по поводу аденомы предстательной железы. Какой гипотензивный препарат следует назначить больному?
2005. -Празозин
2006. Эналаприл
2007. Атенолол
2008. Амлодипин
2009. Индапамид
2010. Какой из бета-блокаторов обладает вазодилятирующим эффектом?
2011. -Небиволол (небилет)
2012. Атенолол (тенормин)
2013. Пропранолол (анаприллин)
2014. Метопролол (спесикор)
2015. При какой ситуации назначение любого антагониста кальция следует считать опасным?
2016. -Наличие дополнительного пути проведения (WPW-синдром).
2017. Наличие синдрома слабости синусового узла (СССУ).
2018. Наличие хронической почечной недостаточности.
2019. Наличие синдрома Рейно.
2020. Наличие хронических обструктивных заболеваний легких.
2021. Какой препарат является препаратом выбора для лечения гипертензии беременных?
2022. -Допегит.
2023. Эналаприл.
2024. Гипотиазид.
2025. Атенолол.
2026. Амлодипин.
2027. Какое сочетание гипотензивных препаратов является рациональным для длительной гипотензивной терапии?
2028. -Эналаприл + Гипотиазид.
2029. Эналаприл + Атенолол.
2030. Амлодипин + Индапамид.
2031. Любой бета-блокатор + Любой диуретик.
2032. -Атенолол + Нифедипин.
2033. При постоянном применении нитратов у всех больных рано или поздно развивается толерантность к этим препаратам (нитраты перестают действовать). Что следует предложить больным для того, чтобы избежать данного явления?
2034. -Кратковременный (на 24 часа) отказ от применения нитратов после постоянного применения их в течение определенного времени (напр., 6-7 дней).
2035. -Применение специальных форм нитратов, фармакокинетика которых предусматривает "безнитратный" период (препарат "моночинкве" фирмы "Berlin-Chemie").
2036. Постепенное наращивание дозы препарата при развитиии толерантности к предыдущей дозе.
2037. Смена одного нитрата другим.
2038. Какое из утверждений является верным в отношении современных подходов к лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН)?
2039. -Ингибиторы АПФ являются препаратом первого ряда для лечения ХСН, так как являются ингибиторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
2040. -Сердечные гликозиды показаны только при ХСН ишемического происхождения при тахиформе мерцательной аритмии.
2041. Сердечные гликозиды могут быть успешно применены при ХСН любого происхождения, так как вследствие своего положительного инотропного действия способны увеличить сердечный выброс.
2042. Бета-адреноблокаторы противопоказаны при ХСН, так как обладают отрицательным инотропным действием и способны уменьшать сердечный выброс.
2043. -Диуретики показаны при ХСН любого происхождения.
2044. Какой препарат обладает доказанным кардиопротективным действием и его применение оправдано при ИБС?
2045. -Триметазидин (предуктал).
2046. Рибоксин (инозие-F).
2047. Милдронат.
2048. Кокарбоксилаза.
2049. Какой из бета-блокаторов наиболее эффективен при хронической сердечнойнедостаточности?
2050. -Карведилол.
2051. Атенолол.
2052. Метопролол.
2053. Пропранолол.
2054. Какие препараты способны купировать приступ бронхиальной астмы?
2055. -Сальбутамол.
2056. -Фенотерол.
2057. Сальметерол.
2058. Сингуляр
2059. Будесонид.
2060. Какие препараты применяются для профилактики приступов бронхиальной астмы?
2061. Сальбутамол.
2062. Фенотерол.
2063. -Сальметерол.
2064. -Будесонид.
2065. - Симбикорт
2066. Какие из химиопрепаратов обладают антихеликобактерным действием?
2067. -Амоксициллин.
2068. -Тетрациклин.
2069. -Кларитромицин.
2070. Цефалексин.
2071. -Метронидазол.
2072. Доксициклин.
2073. К антигистаминным препаратам II поколения относятся все, кроме:
2074. Эриуса
2075. Кларитина
2076. Зиртека
2077. -Супрастина
2078. -Атаракса
2079. Какие препараты обязательно входят в схемы, применяемые для эрадикации Helicobacter Pylori?
2080. -Препарат, снижающий синтез соляной кислоты.
2081. -Антибактериальный химиопрепарат.
2082. Антацид.
2083. Препарат, усиливающий регенерацию слизистой желудка и 12-перстной кишки.
2084. Препарат простагландина (мизопростол).
2085. Какие из антибиотиков могут быть применены у беременных с минимальным возможным отрицательным влиянием на плод?
2086. -Пенициллины.
2087. -Цефалоспорины.
2088. Макролиды.
2089. Фторхинолоны.
2090. Аминогликозиды.
2091. При применении каких антибиотиков назначение физиотерапевтических процедур на основе ультрафиолетовых лучей (кварцевание) противопоказано?
2092. -Фторхинолоны.
2093. Цефалоспорины.
2094. Аминогликозиды.
2095. Макролиды.
2096. Линкосамиды.
2097. Какие группы антибиотиков в настоящее время относятся к "антибиотикам резерва"?
2098. -Карбапенемы (тиенамомицины)
2099. -Цефалоспорины IV поколения (цефепим)
2100. Аминогликозиды (нетимицин, амикацин)
2101. Макролиды (спирамицин, джозамицин)
2102. Фторхинолоны II поколения (гемифлоксацин, левофлоксацин)
2103. Цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон)
2104. Будесонид (ингаляционный глюкокортикоид) является препаратом, который:
2105. -Обладает противовоспалительным действием при хронических обструктивных заболеваниях легких.
2106. -Обладает способностью предупреждать развитие приступов бронхиальной астмы при длительном применении.
2107. -Является основным препаратом для лечения любой формы бронхиальной астмы.
2108. Обладает прямым бронходилятирующим действием.
2109. Способен купировать приступ бронхиальной астмы.
2110. Антиишемический эффект бета-блокаторов обусловлен:
2111. -Снижением ЧСС и ударного объема, что ведет к снижению работы сердца.
2112. Прямым вазодилятирующим эффектом на коронарные сосуды.
2113. -Снижением потребности миокарда в кислороде.
2114. Улучшением доставки крови (кислорода) к миокарду.
2115. Снижением постнагрузки на сердце (расширением артериол).
2116. Хронический гипотензивный эффект ингибиторов АПФ обусловлен:
2117. Блокированием АПФ плазмы крови.
2118. -Накоплением кининов (брадикинина).
2119. -Блокированием "локального", или тканевого, АПФ в различных органах.
2120. Прямым вазодилятирующим действием.
2121. Снижением работы сердца.
2122. Появление кровавой рвоты и жидкого черного стула у больного может бытьо бусловлено
2123. -синдромом Мэллори-Вейса
2124. -язвой 12-перстной кишки
2125. -варикозным расширением вен пищевода
2126. -длительным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов
2127. Какие мероприятия являются <первоочередными>у больного с острым холангитом
2128. -назначение антибиотиков
2129. назначение глюкокортикоидов
2130. срочное оперативное лечение
2131. -введение спазмолитиков
2132. все перечисленное верно
2133. Печеночная кома у больного циррозом может быть спровоцирована
2134. -интеркуррентной инфекцией
2135. -приемом больших доз диуретиков
2136. -кровотечением
2137. -хирургическим вмешательством
2138. -использованием транквилизаторов
2139. При тяжелой печеночной энцефалопатии необходимо проводить следующую терапию
2140. -лактулоза
2141. -неомицин (per os)
2142. канамицин (парэнтерально)
2143. -гемосорбция
2144. все перечисленное верно
2145. У больного с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта<первым> диагностическим исследованием должно быть
2146. рентгенологическое исследование желудка
2147. -эзофагогастродуоденоскопия
2148. ангиография
2149. коагулограмма
2150. Что из перечисленного может провоцировать развитие печеночной комы у больного циррозом печени
2151. -кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
2152. -обильный диурез
2153. -упорная рвота
2154. -употребление большого количества белка с пищей
2155. -присоединение острого вирусного гепатита В
2156. Какие из перечисленных заболеваний могут осложняться кровотечением
2157. -синдром Мэллори-Вейса
2158. -язва желудка
2159. -синдром Золлингера-Эллисона
2160. -эрозивный гастрит
2161. -варикозное расширение вен пищевода
2162. Для лечения гастродуоденального кровотечения при язвенной болезни необходимо использовать все перечисленное, <кроме>
2163. холода на эпигастральную область
2164. -ганглиоблокаторов
2165. Е-аминокапроновой кислоты
2166. циметидина
2167. промывание желудка ледяной водой
2168. Осложнениями болезни Крона могут быть
2169. -синдром малабсорбции
2170. -кишечное кровотечение
2171. - полипоз кишечника
2172. -перфорация кишки
2173. -кишечная непроходимость
2174. Какой из перечисленных лабораторных показателей<наиболее информативен> в диагностике острого панкреатита
2175. лейкоцитоз
2176. сахар крови
2177. щелочная фосфатаза
2178. кислая фосфатаза
2179. -амилаза крови и/или мочи
2180. Больной неспецифическим язвенным колитом поступил в клинику в тяжелом состоянии с болями в животе, частым (до 20 раз в сутки) жидким кровавым стулом со слизью. Отмечается лихорадка (t - 39 C), анемия (Hb - 90 г/л), дегидратация. При ректороманоскопии выявлены язвенные дефекты слизистой толстой кишки. К <первоочередным> мерам относятся
2181. гемотрансфузия
2182. -коррекция водно-электролитных нарушений
2183. -глюкокортикоиды
2184. -викасол
2185. канамицин
2186. Тонкокишечная непроходимость может быть осложнением
2187. -терминального илеита
2188. -опухоли кишечника
2189. -дивертикулита
2190. -перелома позвоночника, осложнившегося парезом кишечника
2191. У больного симптомы печеночной колики, желтуха и гектическая лихорадка с ознобами. В анализе крови:- лейкоцитоз - 16\* 10^9 ммоль/л - СОЭ- 5O мм/час. Наиболее вероятная причина данного состояния
2192. -холангит
2193. синдром Бадд-Киари
2194. синдром Жильбера
2195. гемохроматоз
2196. болезнь Вильсона
2197. Значительное снижение объема циркулирующей крови при молниеносном кишечном кровотечении может в течение нескольких минут давать
2198. -повышение активности ренина плазмы
2199. -повышение периферического сопротивления
2200. повышение количества тромбоцитов
2201. повышение центрального венозного давления
2202. падение объема эритроцитов
2203. Больной поступил в стационар в связи с обострением язвенного колита с жалобами на:- лихорадку,- слабость,- вздутие живота,- повторяющийся обильный понос. Какие из перечисленных положений,к асающиеся тактики ведения больного, являются верными
2204. следует отдать предпочтение терапии лоперадмидом (иммодиумом)
2205. -необходима обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
2206. терапия кортикостероидами абсолютно противопоказана
2207. -желательна консультация хирурга
2208. -необходимо учитывать возможность вторичного бактериального поражения кишечника
2209. У больного, перенесшего сильное нервно-психическое перенапряжение в последующем внезапно развивается дисфагия (твердая пища проходит в желудок лучше, чем жидкая), срыгивание и рвота в конце еды и ночью (симптом мокрой подушки), загрудинная боль с иррадиацией в шею, челюсть, межлопаточную область. Какое заболевание наиболее вероятно вызывает эти симптомы?
2210. эзофагальный дивертикул
2211. рак пищевода
2212. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
2213. -ахалазия кардии.
2214. Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к ранним признакам рака пищевода?
2215. -чувство царапанья, жжения за грудиной при приеме пищи
2216. -чувство инородного тела в грудной клетке
2217. затруднение прохождения жидкой пищи
2218. -затруднение прохождения твердой пищи
2219. постоянная боль за грудиной
2220. рвота съеденной пищей
2221. усиленное слюноотделение
2222. Какие из нижеперечисленных методов исследования наиболее информативны при раке пищевода?
2223. рентгенологическое исследование пищевода
2224. -эзофагоскопия с биопсией
2225. цитологическое исследование промывных вод пищевода
2226. медиастимоскопия
2227. Абсолютными противопоказаниями к выполнению радикальной операции при раке пищевода являются
2228. -прорастание опухоли в органы средостения
2229. -метастазы в отдаленные лимфатические узлы, недоступные для оперативного удаления
2230. преклонный возраст больного (65-70 лет)
2231. тяжелые сопутствующие заболевания легких и сердца
2232. -метастазы в отдаленные органы (печень, легкие)
2233. Признаками аутоиммунного хронического гастрита являются:
2234. -локализация воспаления в фундальном отделе желудка
2235. локализация воспаления в антральном отделе желудка
2236. -наличие макроцитарной гиперхромной анемии
2237. -ахлоргидрия
2238. -наличие в крови антител против паристальных клеток и внутреннего фактора
2239. колонизация слизистой хеликобактером
2240. гипергастринемия
2241. Признаками хронического хеликобактерного гастрита являются:
2242. локализация воспаления в фундальном отделе
2243. -локализация воспаления в антральном отделе
2244. -колонизация слизистой хеликобактером
2245. ахлоргидрия
2246. -повышенная или нормальная кислотопродукция
2247. -наличие эрозий
2248. Какие препараты используются для эрадикации хеликобактера пилори?
2249. -амоксициллин
2250. -де-нол
2251. -метронидазол
2252. сукральфат
2253. метоклопрамид
2254. -омепразол
2255. Какие осложнения язвенной болезни являются непосредственно угрожающими для жизни больного?
2256. пенетрация
2257. -перфорация
2258. стенозирование привратника
2259. малигнизация
2260. -кровотечение
2261. Какая локализация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки чаще всего осложняется кровотечением?
2262. язва тела желудка
2263. язва антрального отдела желудка
2264. язва пилорического канала
2265. язва луковицы 12-перстной кишки
2266. -внелуковичная язва
2267. Гастрин является стимулятором:
2268. секреции пепсина
2269. выработки соляной кислоты
2270. трофики слизистой оболочки желудка
2271. роста фундальных желез желудка
2272. -выработки соляной кислоты, трофики, роста слизистой оболочки желудка и фундальных желез
2273. Наиболее частыми проявлениями гиперспленизма при заболеваниях печени являются:
2274. анемия
2275. лейкопения
2276. тромбоцитопения
2277. спленомегалия
2278. -анемия, лейкопения, тромбоцитопения, спленомегалия
2279. Свидетельством печеночноклеточной недостаточности является снижение в крови уровня:
2280. сукцинатдегидрогеназы
2281. аминотрасфераз
2282. альдолазы
2283. -сывороточной холинэстеразы
2284. Сезонность болей в подложечной области типична для:
2285. кардиальной язвы
2286. рака желудка
2287. -пилорической язвы
2288. обострения хронического гастрита
2289. Определяемый рентгенологически симптом "зернистая" слизистая оболочка является самым ранним признаком одного из следующих заболеваний:
2290. терминального илеита
2291. грануленнатозного колита
2292. -неспецифического язвенного колита
2293. множественного полипоза толстого кишечника
2294. рака толстого кишечника
2295. К рентгенологическим признакам болезни Крона относится:
2296. наличие свищей
2297. -сужение просвета кишки
2298. дивертикулы
2299. нарушение гаустрации кишечника
2300. Рентенологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:
2301. рубцовое сужение просвета
2302. -множественные язвы
2303. -отсутствие гаустрации
2304. сглаженность рельефа слизистой оболочки
2305. Какой метод обследования является наиболее достоверным для диагностики диафрагмальной грыжи?
2306. эзофагоскопия
2307. гастроскопия
2308. -рентгеноскопия в горизонтальном положении
2309. Рh-метрия
2310. Какие препараты обязательны при терапии гастрита ассоциированного с хеликобактером?
2311. викалин
2312. -де-нол
2313. альмагель
2314. -метронидазол
2315. –амоксициллин
2316. Какая терапия обязательна при аутоиммунном гастрите?
2317. антациды
2318. H2-блокаторы гистаминовых рецепторов
2319. репаранты
2320. -заместительная терапия (желудочный сок).
2321. Какая формулировка соответствует определению хронического колита?
2322. Хроническое воспалительное заболевание толстой кишки.
2323. Хроническое заболевание со специфическими воспалительными морфологическими изменениями слизистой оболочки функций толстой кишки.
2324. -Хроническое заболевание с неспецифическими воспалительными изменениями слизистой оболочки, нарушениями моторной и секреторной функций толстой кишки.
2325. Хроническое неспецифическое заболевание с нарушениями моторной функции толстой кишки.
2326. Хроническое заболевание с нарушениями секреторной функций толстой кишки.
2327. Какие факторы не имеют значения в этиологии хронического колита?
2328. Перенесенные инфекционные и паразитарные заболевания кишечника.
2329. Питание с недостаточным содержанием в блюдах пищевых волокон.
2330. Профессиональные и бытовые интоксикации, алкоголизм.
2331. -Вегетарианство.
2332. Все упомянутые факторы имеют значение.
2333. Какие факторы не имеют значения в этиологии хронического колита?
2334. -Питание с избыточным содержанием в блюдах пищевых волокон.
2335. Лекарственные интоксикации.
2336. Воздействие ионизирующей радиации.
2337. Хронические заболевания внутренних органов.
2338. Все упомянутые факторы имеют значение.
2339. Какие обстоятельства не типичны для патогенеза хронического колита?
2340. Иммунотоксическое повреждение стенки толстой кишки.
2341. -Формирование глубоких эрозий на всю толщину кишечной стенки.
2342. Ослабление механизмов местного иммунитета в стенке толстой кишки.
2343. Вторичные нарушения моторной и секреторной функции толстой кишки.
2344. Все обстоятельства типичны.
2345. Какой синдром является ведущим в клинической картине хронического колита?
2346. -Болевой синдром.
2347. Синдром мальабсобции.
2348. Синдром мальдигестии.
2349. Все перечисленные.
2350. Ни один из перечисленных.
2351. Какие проявления не типичны для хронического колита?
2352. Изменения характера: канцерофобия, вязкость мышления, пессимизм.
2353. Снижение умственной и физической трудосопособности.
2354. Похудение.
2355. -Признаки авитоминоза.
2356. Все типичны.
2357. Какие проявления не типичны для хронического колита?
2358. Снижение аппетита, похудение.
2359. Пальпаторно вызываемые боли в животе по ходу толстой кишки.
2360. Субфебрилитет.
2361. -Зуд кожных покровов.
2362. Все типичны.
2363. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для хронического колита?
2364. -Гипохромная анемия.
2365. Нейтрофильный лейкоцитоз.
2366. Увеличение СОЭ.
2367. Все типичны.
2368. Все не типичны.
2369. Какие отклонения в копрограмме не типичны для хронического колита?
2370. Положительная проба Трибуле на растворимый белок.
2371. Слизь, лейкоциты, эпителий.
2372. -Сгустки крови.
2373. Все типичны.
2374. Все не типичны.
2375. Какие результаты бактериологического и паразитологического исследований не типичны для хронического колита?
2376. Дисбактериоз.
2377. Отсутствие признаков паразитоза.
2378. Отсутствие возбудителей специфических кишечных инфекций.
2379. -Все типичны.
2380. Все не типичны.
2381. Какиерезультаты эндоскопического исследования толстой кишки не типичны для хронического колита?
2382. Гиперемия слизистой.
2383. Отек слизистой.
2384. Единичные поверхностные эрозии.
2385. Усиление сосудистого рисунка.
2386. -Псевдополипоз.
2387. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и синдрома раздраженного кишечника в пользу хронического колита?
2388. Боли в животе.
2389. Расстройства стула.
2390. -Признаки воспалительного процесса.
2391. Можно все использовать.
2392. Нельзя использовать ни один из упомянутых признаков.
2393. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики хронического колита и неспецифического язвенного колита в пользухронического колита?
2394. Боли в животе.
2395. Расстройства стула.
2396. -Отсутствие системных поражений.
2397. Можно все использовать.
2398. Нельзя использовать ни один из упомянутых признаков.
2399. Какой пункт можно исключить из плана обследования больного хроническим колитом без ущерба для качества диагностики.
2400. Общий анализ крови.
2401. Копрограмма.
2402. Рентгенологическое исследование кишечника.
2403. Эндоскопическое исследование толстой кишки с биопсией слизистой.
2404. -ФГДС.
2405. Какие рекомендации следует сделать больному хроническим колитом?
2406. Увеличить количество углеводов в рационе питания.
2407. -Увеличить количество продуктов богатых растительными волокнами в рационе питания.
2408. Увеличить количество продуктов богатых белками в рационе питания.
2409. Все можно рекомендовать.
2410. Ничего из упомянутого рекомендовать нельзя.
2411. Какие средства не могут способствовать нормализации микрофлоры кишечника у больных хроническим колитом?
2412. Бактисубтил 0,2 - по 1 капсуле 3 раза в день перед едой.
2413. Лактобактерин по 3-6 доз 3 раза в день.
2414. Бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день во время еды.
2415. -Все могут.
2416. Все не могут.
2417. Какие препараты не следует рекомендовать для лечения нарушений моторной функции кишечника при хроническом колите?
2418. Реасек.
2419. Имодиум.
2420. Цисаприд (координакс).
2421. -Трихопол.
2422. Все можно рекомендовать.
2423. Какая формулировка соответствует определению неспецифического язвенного колита?
2424. Хроническое аутоиммунное заболевание,вызывающее язвенно- некротические изменения в толстой и тонкой кишке, а также множественные системные поражения.
2425. Хроническое аутоиммунное заболевание,вызывающее язвенно- некротические изменения в тонкой кишке, а также множественные системные поражения.
2426. Хроническое аутоиммунное заболевание, вызывающее нарушения моторнойфункции толстой кишки, а также множественные системные поражения.
2427. -Хроническое аутоиммунное заболевание,вызывающее язвенно- некротические изменения в толстой кишке,а также множественные системные поражения.
2428. Хроническое аутоиммунное заболевание,вызывающее язвенно- некротические изменения в кишечнике с вовлечением серозной оболочки, формированием спаечной болезни, множественными системными поражениями
2429. Согласно стандартам оказания первичной медико-санитарной помощи, обязательными лабораторными методами исследования у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки являются все, кроме:
2430. Определение амилазы в сыворотке крови, в моче.
2431. Анализ кала на скрытую кровь
2432. -Определение АТ к Н.Р. в крови
2433. Кровь на RW
2434. АТ к вирусу гепатита В, С,
2435. АТ к ВИЧ
2436. -Определение гастрина сыворотки крови
2437. Что не относится к патогенезу неспецифического язвенного колита?
2438. Фиксация в стенке кишки иммунных комплексов.
2439. Нейтрофильная инфильтрация, отек стенки толстой кишки.
2440. Изъязвления, микроабсцессы, перфорация стенки толстой кишки.
2441. Фиброз слизистой, подслизистого слоя, псевдополипоз.
2442. -Все относится.
2443. Какие формы клинического течения заболевания не типичны для неспецифического язвенного колита?
2444. Острая.
2445. -Подострая.
2446. Хроническая.
2447. Рецидивирующая.
2448. Все формы типичны.
2449. Какие особенности клинической картины не типичны для острой формы неспецифического язвенного колита?
2450. Встречается редко.
2451. Протекает крайне тяжело.
2452. Поражает весь толстый кишечник.
2453. -Редко осложняется перфорациями кишки, токсическим мегаколоном.
2454. Часто приводит к смертельному исходу.
2455. Какие особенности клинической картины не типичны для хронической формы неспецифического язвенного колита?
2456. Постепенное начало.
2457. Непрерывано прогрессирующее течение.
2458. Выраженные системные проявления.
2459. -Все типичны.
2460. Все не типичны.
2461. Какие особенности клинической картины не типичны для рецидивирующей формы неспецифического язвенного колита?
2462. Самая распространенная форма заболевания.
2463. Протекает с периодами обострений и длительных ремиссий.
2464. Может завершиться спонтанным излечением.
2465. -Все типичны.
2466. Все не типичны.
2467. Что не типично для первых проявлений неспецифического язвенного колита?
2468. Появление алой крови в нормально сформированном кале.
2469. Общая слабость, отсутствие аппетита.
2470. Дискомфорт, боли в животе.
2471. -Тошнота, рвота.
2472. "Беспричинная" лихорадка.
2473. Что не типично для начального периода неспецифического язвенного колита?
2474. -Постоянная тошнота, периодически рвота.
2475. Склонность к запорам.
2476. Частый стул с кровью, слизью, гноем, ректальные тенезмы.
2477. Схваткообразные боли в животе, ослабевающие после дефекации.
2478. Лихорадка, похудение.
2479. Что не типично для результатов объективного исследования больных неспецифическим язвенным колитом?
2480. -Увеличение периферических лимфоузлов.
2481. Вздутие живота.
2482. Болезненность при пальпации толстой кишки.
2483. Раздражение кожи в перианальной зоне.
2484. В выделяемом из толстой кишки кровь, гной, слизь при минимальном объеме собственно фекалий.
2485. Какие симптомы не соответствуют клинической картине токсического мегаколона у больных неспецифическим язвенным колитом?
2486. Уменьшение частоты дефекаций.
2487. Интенсификация болей в животе.
2488. Внезапная лихорадка до 39-40°С.
2489. -Появление геморрагической сыпи.
2490. Ослабление или полное исчезновение шумов перистальтики кишечника.
2491. Какие симптомы не соответствуют клинической картине перфорации толстой кишки у больного неспецифическим язвенным колитом?
2492. Внезапный приступ интенсивных болей в животе.
2493. Появление локального или распространенного напряжения мышц передней брюшной стенки.
2494. -Неукротимая рвота.
2495. Резкое учащение пульса.
2496. Лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофшгов.
2497. Какие нарушения не связаны с системными аутоиммунными сдвигами у больных неспецифическим язвенным колитом?
2498. Полиартрит с преимущественным поражением крупных суставов, анкилозирующий спондилартрит.
2499. Кожные поражения: узловатая эритема, разнообразные высыпания, в тяжелых случаях язвенный дерматит, гангренозная пиодермия.
2500. -Геморрагический васкулит.
2501. Поражение глаз: ирит, иридоциклит, увеит, эписклерит, кератит.
2502. Воспаление слизистой рта: афтозный или язвенный стоматит, гингивит, глоссит.
2503. Какие нарушения не связаны с системными аутоиммунными сдвигами у больных неспецифическим язвенным колитом?
2504. Аутоиммунный тиреоидит.
2505. Аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура.
2506. Поражение желчевыводящей системы и печени и в виде склерозирующего холангита мелких внутрипеченочных протоков, жирового гепатоза.
2507. -Диффузный гломерулонефрит.
2508. Амилоидоз с преимущественным поражением почек, формированием нефротического синдрома.
2509. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для неспецифического язвенного колита?
2510. Гипохромная анемия.
2511. Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
2512. -Эозинофилия.
2513. Увеличенная СОЭ.
2514. Ретикулоцитоз, тромбоцитопения.
2515. Какие отклонения в биохимическом анализе крове не типичны для неспецифического язвенного колита?
2516. Гипоальбуминемия,
2517. Гипергаммаглобулинемия,
2518. Повышенная активность щелочной фосфатазы и гамма- глутамилтранспептидазы.
2519. -Повышенное содержание в крови мочевой кислоты.
2520. Все типичны.
2521. Какие отклонения в копрограмме не типичны для неспецифического язвенного колита?
2522. -В кале кровь в виде малинового желе, слизь в виде лягушечьей икры.
2523. Микроскопически выявляются эритроциты, лейкоциты, скопления клеток кишечного эпителия.
2524. Резко положительная реакция пробы Трибуле на растворимый белок в кале.
2525. Все типичны.
2526. Все не типичны.
2527. Какие отклонения иммунологического анализа не типичны для неспецифического язвенного колита?
2528. Повышенное содержание циркулирующих иммунных комплексов.
2529. Повышенное содержание иммуноглобулинов.
2530. -Высокий титр антинуклеарных антител.
2531. Положительная реакция Кумбса.
2532. Все типичны.
2533. Какие результаты колоноскопии не типичны для неспецифического язвенного колита?
2534. Исчезновение нормальной складчатости слизистой.
2535. На слизистой воспалительный экссудат, слизь, гной, кровь.
2536. 3. Гиперемированнаяслизистая с множественными геморрагиями, расширенными мелкими сосудами.
2537. На гиперемированной, местами гранулирующей слизистой видны множественные язвы, псевдополипы.
2538. -Все типичны.
2539. Какие критерии позволяют исключить бактериальную дизентерию в процессе дифференциальной диагностики неспецифического язвенного колита?
2540. -Положительные результаты посевов на дифференциальные среды и/или люминесцентной микроскопии реакции угольной агломерации.
2541. Результаты биопсии стенки прямой кишки.
2542. Результаты эндоскопического исследования кишечника.
2543. Все приведенные критерии.
2544. Приведенные критерии не могут быть использованными для дифференциальной диагностики.
2545. Какие критерии не позволяют исключить амебную дизентерию в процессе дифференциальной диагностики неспецифическогоязвенного колита?
2546. Кровь в кале в виде малинового желе.
2547. Слизь в кале в виде лягушечьей икры.
2548. Микроскопическая визуализация тканевой и гистолитической форм амебы в свежих испражнениях.
2549. -Все приведенные критерии.
2550. Ни один из приведенных критериев.
2551. Какие пункты плана обследования больного неспецифическим язвенным колитом можно исключить без ущерба для качества диагностики?
2552. Общий анализ крови.
2553. Копрограмма.
2554. Ректороманоскопия, колоноскопия.
2555. Ирригоскопия.
2556. -ФГДС.
2557. Какие препараты используются для базисного противовоспалительного лечения больных с неспецифическим язвенным колитом?
2558. Сульфасалазин.
2559. Салофалк (тидокол, месалазин).
2560. Салазопиридазин.
2561. Салазодиметоксин
2562. -Любой из перечисленных.
2563. В каких случаях больным неспецифическим язвенным колитом не назначаются глюкокортикоидные гормоны?
2564. Больным с тяжелым течением заболевания,
2565. При формировании аутоиммунной гемолитической анемии.
2566. -При формировании нефротического синдрома (амилоидоз почек).
2567. При отсутствии эффекта от других методов лечения.
2568. Гормоны назначаются при всех упомянутых обстоятельствах.
2569. Какие препараты не следует использовать с целью уменьшения дозировкии побочных эффектов глюкокортикоидной терапии больных неспецифическимязвенным колитом?
2570. Азатиоприн.
2571. Циклоспорин.
2572. -Аспирин.
2573. Все можно использовать.
2574. Все нельзя использовать.
2575. Какая формулировка соответствует определению болезни Крона?
2576. Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее гранулематозное воспаление терминального отдела подвздошной кишки, множественные системные поражения.
2577. Хроническое заболевание дисметаболической природы, вызывающее нарушения моторной функции кишечнике, системные поражения.
2578. Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее сегментарное или диффузное негранулематозное воспаление в кишечнике, множественные системные поражения.
2579. -Хроническое заболевание аутоиммунной природы, вызывающее сегментарное или диффузное гранулематозное воспаление в кишечнике, множественные системные поражения.
2580. Хроническое воспалительное заболевание кишечника, вызывающее метаболические нарушения в печени, обструкцию желчных протоков, множественные системные поражения.
2581. Какие факторы не имеют значение в патогенезе болезни Крона?
2582. Вирусная инфекция.
2583. Бактериальная инфекция.
2584. Генетическая предрасположенность
2585. -Белковый дефицит в рационе питания.
2586. Все имеют значение.
2587. Какие моменты не характерны для патогенеза болезни Крона?
2588. Гранулемы состоят из лимфоидных, эпителиоидных клеток, гигантских клеток Лангханса.
2589. В гранулемах отсутствуют зоны казеозного распада.
2590. Гранулематозный инфильтрат распространяется на все слои кишечной стенки.
2591. Формируются эрозии, язвы на всю толщину кишечной стенки, способные вызвать ее перфорацию.
2592. -Все моменты характерны.
2593. Где не может локализоваться сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при болезни Крона?
2594. В перианальной области.
2595. В толстой кишке.
2596. В илеоцекальной области.
2597. -В аппендикулярном отростке.
2598. Может возникать во всех указанных местах.
2599. Где не может локализоваться сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при болезни Крона?
2600. В тонкой кишке.
2601. В двенадцатиперстной кишке.
2602. В желудке.
2603. В пищеводе.
2604. -В полости рта.
2605. В каких формах не может протекать болезнь Крона?
2606. -В скрытой форме.
2607. В острой форме.
2608. В хронической форме.
2609. В любой из упомянутых.
2610. Ни в одной из упомянутых.
2611. Где обычно локализуется сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при острой форме болезни Крона?
2612. -В терминальном отделе подвздошной кишки.
2613. В прямой кишке.
2614. В перианальной зоне.
2615. В любом из указанных мест.
2616. Ни в одном из указанных мест.
2617. Какие симптомы не характерны для начала острой формы болезни Крона?
2618. Внезапное появление резких болей в правой подвздошной области.
2619. Понос с примесью крови.
2620. Лихорадка с ознобом.
2621. -Зуд кожных покровов.
2622. Пальпаторно определяется болезненность, утолщение, уплотнение терминального отрезка подвздошной кишки.
2623. Каких вариантов хронической формы болезни Крона не существует?
2624. Смешанный.
2625. Тонкокишечный.
2626. Толстокишечный.
2627. -Все перечисленные существуют.
2628. Все перечисленные не существуют.
2629. Какие проявления не характерны для начала хронической формы болезни Крона?
2630. Общее недомогание, слабость.
2631. Субфебрилитет.
2632. Артралгии.
2633. -Иктеричность склер.
2634. Все не характерны.
2635. Все характерны.
2636. Какие проявления не характерны для начала хронической формы болезни Крона?
2637. Узловатая эритема.
2638. Гангренозная пиодермия.
2639. Изъязвления перианальной области.
2640. Иридоциклит, кератит, конъюнктивит.
2641. -Тромбоцитопеническая пурпура.
2642. Все характерны.
2643. Какая суставная патология не характерна для хронической формы болезни Крона?
2644. Артралгии.
2645. Артриты крупных суставов.
2646. Анкилоризующий спондилартрит.
2647. -Все характерно.
2648. Все не характерно.
2649. Какие проявления не типичны для начала тонкокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2650. Стул постепенно становится полужидким или жидким, пенистым.
2651. -Периодически возникают запоры.
2652. Выявляется примесь крови в испражнениях.
2653. Периодические, а затем постоянные боли в проекции пораженного сегмента кишки.
2654. Все типичны.
2655. Какие осложнения не типичны для разгара тонкокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2656. Кишечная непроходимость.
2657. Перфорация кишки.
2658. -Инфаркт кишечника.
2659. Образование внутренних межпетлевых свищей.
2660. Образование наружных свищей в паховую или поясничную область.
2661. Какие проявления не типичны для разгара тонкокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2662. Субфебрилитет.
2663. Пальпаторно определеяемые болезненные конгломераты в брюшной полости
2664. Резистентность брюшной стенки.
2665. Упорные боли в животе без определенной локализации, громкое урчание, тошнота, рвота.
2666. -Все типичны.
2667. Какие клинические проявления не характерны для формирования кишечных свищей при болезни Крона?
2668. Мучительные боли.
2669. Лихорадка.
2670. Быстрое истощение.
2671. -Все характерны.
2672. Все не характерны.
2673. Какие симптомы и синдромы не типичны для тонкокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2674. Синдром мальабсорбции.
2675. Синдром экссудативной энтеропатии.
2676. Желчнокаменная болезнь.
2677. Мочекаменная болезнь.
2678. -Синдром Рейно.
2679. Какие проявления не типичны для толстокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2680. -Тошнота, рвота.
2681. Схваткообразные боли,появляющиеся после еды,опорожнения кишечника, тенезмы.
2682. Диарея с частым, до 10 раз в день стулом, примесью крови, гноевидной слизи в испражнениях.
2683. Длительные запоры.
2684. Поражение аноректальной зоны.
2685. Какие осложнения не типичны для толстокишечного варианта хронической формы болезни Крона?
2686. Кишечные свищи.
2687. Инфильтраты в брюшной полости.
2688. Токсический мегаколон.
2689. -Все типичны.
2690. Все не типичны.
2691. Какие клинические проявления не типичны для поражения аноректальной зоны при болезни Крона?
2692. Множественные трещины заднего прохода.
2693. Параректальные свищи.
2694. Параанальные губовидно-выступающие грануляции.
2695. Ослабление тонуса ректального сфинктера, зияние ануса.
2696. -Массивные кровотечения из вен геморроидального сплетения.
2697. Какие осложнения могут возникнуть при длительном течении хронической формы болезни Крона?
2698. Склерозирующий холангит мелких внутрипеченочных желчных протоков.
2699. Вторичный амилоидоз.
2700. Желчнокаменная болезнь.
2701. Мочекаменная болезнь.
2702. -Все перечисленные.
2703. Согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи больным ГЭРБ обязательными лабораторными исследованиями являются:
2704. Общий анализ мочи
2705. Кал на яйца гельминтов
2706. - Определение группы крови, резус-фактора
2707. Реакция Вассермана
2708. Антитела к вирусу гепатита В, С.
2709. Какие отклонения не характерны для общего анализа крови при болезни Крона?
2710. Гипохромная анемия.
2711. Гиперхромная, мегалобластная анемия.
2712. Увеличенная СОЭ.
2713. Нейтрофильный лейкоцитоз.
2714. -Эозинофилия.
2715. Какие отклонения биохимического анализа крови могут выявляться при болезни Крона?
2716. Гипопротеинемия.
2717. Гипергаммаглобулинемия.
2718. Сниженный уровень сывороточного железа.
2719. Электролитные расстройства.
2720. -Все перечисленные.
2721. Какие изменения в копрограмме не типичны для болезни Крона?
2722. -Слизь в кале в виде "лягушечьей икры".
2723. Положительная реакция Грегерсена на скрытую кровь.
2724. Положительная реакции Трибуле на растворимый белок (эссудат).
2725. Все типичны.
2726. Все не типичны.
2727. Какие рентгенологические находки не типичны для болезни Крона?
2728. Участки сужения кишки - симптом "шнура" или "чемоданной ручки".
2729. Ячеистый рельеф слизистой оболочки.
2730. -Дефекты наполнения в местах формирования псевдополипов.
2731. Все типичны.
2732. Все не типичны.
2733. Какие препараты 5-аминосалициловаой кислоты лучше переносятся больнымис болезнью Крона?
2734. Сульфосалозин.
2735. -Месалазин.
2736. Салазопиридазин.
2737. Все хорошо переносятся.
2738. Все плохо переносятся.
2739. В каких случаях следует назначать преднизолон при болезни Крона?
2740. При выраженной анемии.
2741. При кахексии.
2742. При тяжелых системных поражениях.
2743. При высокой активности воспалительного процесса.
2744. -Во всех указанных случаях.
2745. Назначение какого препарата в дополнение к преднизолону позволяетусилить противовоспалительную эффективность терапии приболезни Крона?
2746. -Азатиоприна.
2747. Метронидазола.
2748. Месалазина.
2749. Всех упомянутых.
2750. Ни одного из упомянутых.
2751. В каких случаях показано хирургическое лечение болезни Крона?
2752. Кишечная непроходимость.
2753. Образование кишечных фистул.
2754. Инфильтраты и абсцессы в брюшной полости.
2755. Ни в одном из упомянутых случаев.
2756. -Во всех упомянутых случаях.
2757. Какая формулировка больше всего подходит для определения болезниВильсона-Коновалова?
2758. Приобретенное заболевание, возникающее в результате бытовой или связанной с профессиональной деятельностью хронической интоксикации медью, проявляющееся поражением печени, почек, головного мозга.
2759. Врожденный цирроз печени, сочетающийся с тяжелой энцефалопатией, обусловленной повышенным содержанием в крови церулоплазмина.
2760. Врожденная энцефалопатия, сочетающаяся с циррозом печени, гемолитической анемией, обусловленные снижением содержания в крови меди и ее соединений.
2761. Генетически детерминированное заболевание, при котором вследствие нарушения обмена и недостаточного накопления в организме меди и других микроэлементов возникают тяжелые поражения в первую очередь печени и ЦНС.
2762. -Генетически детерминированное заболевание, при котором вследствие нарушения обмена и избыточного накопления меди возникают тяжелые поражения внутренних органов, в первую очередь печени и ЦНС.
2763. Какие факторы не могут иметь значение в этиологии болезни Вильсона-Коновалова?
2764. Генетический дефект в13-й хромосоме с нарушением синтеза Р-типа АТФ-азы, осуществляющей трансмембранный перенос меди.
2765. Генетически обусловленная недостаточность синтеза в печени трансдуктора меди альфа-2-глобулина - церулоплазмина.
2766. -Недостаточное поступление в организм меди с пищевыми продуктами.
2767. Все могут иметь значение.
2768. Все не имеют никакого значения.
2769. Какие симптомы характерны для болезни Вильсона-Коновалова?
2770. -Кольцо Кайзера-Флейшера на роговице.
2771. Дерматит кожи лица в форме "бабочки".
2772. Геморрагическая пурпура.
2773. Все характерны.
2774. Все не характерны.
2775. Какие патологические процессы не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
2776. Хронический гепатит.
2777. Цирроз печени.
2778. -Фиброзирующий алывеолит.
2779. Поражение чечевидных ядер, подкорки, коры головного мозга.
2780. Гемолитические кризы.
2781. Какие неврологические признаки не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
2782. Мышечная дистония.
2783. -Церебральные сосудистые кризы.
2784. Флексорно-экстензорный тремор.
2785. Затрудненная монотонная речь
2786. Гипомимия.
2787. Какие поражения печени не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
2788. Хронический гепатит.
2789. Цирроз печени.
2790. -Тромбоз печеночных вен.
2791. Все типичны.
2792. Все не типичны.
2793. Какие изменения в общем анализе крови не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
2794. Анемия.
2795. Ретикулодитоз.
2796. -Увеличение СОЭ.
2797. Все типичны.
2798. Все не типичны.
2799. Какие изменения в биохимическом анализе крови не типичныдля болезни Вильсона-Коновалова?
2800. Снижение содержания церулоплазмина.
2801. Увеличение содержание свободной меди.
2802. -Высокое содержание мочевой кислоты.
2803. Высокая активность ACT, АЛТ, щелочной фосфатазы.
2804. Гипопротеинемия.
2805. Какие изменения в биоптатах печени не типичны для болезни Вильсона-Коновалова?
2806. Признаки гепатита с высокой активностью воспалительного процесса.
2807. Признаки цирроза печени.
2808. Высокое содержание в тканях печени меди.
2809. -Гранулематозное воспаление вокруг мелких внутрипеченочных желчных протоков.
2810. Все типичны.
2811. Какие пункты можно исключить из плана биохимического анализа кровипри болезни Вильсона-Коновалова без существенного ущерба для точностидиагностики данного заболевания?
2812. Активность церулоплазмина.
2813. Содержание свободной меди.
2814. -Содержание свободного железа.
2815. Общий белок и фракции.
2816. Билирубин, холестерин, ACT, АЛТ, щелочная фосфатаза.
2817. Какие препараты нельзя использовать для выведения из организма меди приболезни Вильсона-Коновалова?
2818. Унитиол.
2819. БАЛ (британский антилюизит).
2820. Д-пенициламин.
2821. -Аминалон.
2822. Триентин.
2823. В классификации амилоидоза, какой из приведенных ниже пунктов неправильный?
2824. Семейный (наследственный).
2825. Первичный.
2826. Вторичный.
2827. Старческий.
2828. -Юношеский.
2829. При каком заболевании может возникнуть амилоидоз печени?
2830. Бронхиальная астма.
2831. Эмфизема легких.
2832. -Бронхоэктатическая болезнь.
2833. Экссудативный плеврит.
2834. Пневмосклероз.
2835. Какое из перечисленных ниже заболеваний не вызывает амилоидоз печени?
2836. Туберкулез.
2837. Множественная миелома.
2838. Ревматоидный артрит.
2839. -Сахарный диабет.
2840. Лимфогранулематоз.
2841. Какие из перечисленных жалоб типичны для больных с амилоидозом печени?
2842. Тупая ноющая боль в правом подреберье.
2843. Прогрессирующее похудение.
2844. Зуд кожи.
2845. Тошнота, рвота.
2846. -Все из перечисленных.
2847. Какие органы поражаются при амилоидозе?
2848. Печень.
2849. Селезенка.
2850. Кишечник.
2851. Поджелудочная железа.
2852. -Все из перечисленных.
2853. Какой краситель используется для диагностики амилоидоза?
2854. Метиленовый синий.
2855. -Конго красный.
2856. Синька Эванса.
2857. Индиго кармин.
2858. Прочный зеленый.
2859. В пользу амилоидоза при морфологическом исследовании биоптата печени свидетельствует наличие:
2860. Перипортального фиброза.
2861. Расширения желчных протоков.
2862. -Гомогенных масс с двойным лучепреломлением.
2863. Участков некроза гепатоцитов.
2864. Атипичного клеточного строения паренхимы.
2865. Биоптаты каких тканей берут для диагностики амилоидоза?
2866. Эпителия десны из полости рта.
2867. Слизистой прямой кишки.
2868. Слизистой двенадцатиперстной кишки.
2869. Паренхимы печени.
2870. -Всех выше перечисленных.
2871. Какие из объективных симптомов не типичны для амилоидоза печени?
2872. Макроглоссия.
2873. Сухая, "фарфоровая" кожа.
2874. Восковидные узелки под кожей.
2875. -"Готическое" небо.
2876. Спленомегалия.
2877. Какие клинические синдромы могут иметь место у больных амилоидозом?
2878. Нефротический синдром.
2879. Синдром мальабсорбцми.
2880. Сердечная недостаточность.
2881. -Все из перечисленных.
2882. Ни один из перечисленных.
2883. Какое средство способно затормозить развитие амилоидоза?
2884. -Колхицин.
2885. Инсулин.
2886. Пропранолоя.
2887. Преднизолон.
2888. Все из перечисленных.
2889. Причиной гибели больных амилоидозом является:
2890. Почечная недостаточность.
2891. Сердечная недостаточность.
2892. Надпочечниковая недостаточность.
2893. -Все перечисленные.
2894. Ни одна из перечисленных синдромов.
2895. Какие препараты можно применять для стабилизации функционального состояния печени у больных амилоидозом печени?
2896. Эссенциале-форте.
2897. Липостабил.
2898. Сбалансированные поливитаминные комплексы.
2899. Ни один из перечисленных нельзя применять.
2900. -Все перечисленные можно применять.
2901. Какой препарат эффективен при консервативном лечении эхинококкоза печени?
2902. Плаквенил.
2903. Гентамицин.
2904. Бисептол.
2905. Метронидазол.
2906. -Мебендазол.
2907. Какой тип эхинококкоза распространен повсеместно?
2908. -Однокамерный (пузырный).
2909. Многокамерный (альвеолярный).
2910. Сочетание однокамерного и многокамерного.
2911. Ни один из перечисленных.
2912. Все перечисленные.
2913. При каком типе эхинококкоза сколексы всегда присутствуют в пузырной жидкости?
2914. -При однокамерном эхинококкозе печени.
2915. При многокамерном эхинококкозе печени.
2916. При всех вариантах эхинококкоза печени.
2917. Ни в одном из перечисленных вариантов эхинококкоза печени.
2918. При каком типе эхинококкоза возможен инвазивный рост паразитарных кист из печени в соседние органы?
2919. При пузырном эхинококкозе.
2920. -При альвеолярном эхинококкозе.
2921. При всех вариантах эхинококкоза.
2922. Ни в одном из перечисленных вариантов зхинококкоза печени.
2923. Какие изменения периферической крови являются косвенным системнымпроявлением эхинококкоза печени?
2924. Нейтрофильный лейкоцитоз.
2925. Лимфоцитов.
2926. -Эозинофилия.
2927. Тромбоцитопения.
2928. Эритроцитоз.
2929. Какие инструментальные методы эффективны для диагностики эхинококкоза?
2930. Ультразвуковой.
2931. Сцинтиграфический.
2932. Рентгенологический (КТ).
2933. ЯМР-томографический.
2934. -Все перечисленные.
2935. Какие из лабораторных тестов эффективны для диагностики эхинококкозапечени?
2936. Исследование уровня протромбина.
2937. -Реакция латекс-агглютинации со специфическим антигеном.
2938. Проба Вельтмана.
2939. Сулемовая проба.
2940. Реакция Кумбса.
2941. Оптимальным методом лечения эхинококкоза печени является:
2942. хирургический.
2943. консервативный медикаментозный.
2944. -комбинированный хирургический и медикаментозный.
2945. паллиативный.
2946. отказ от активного лечения.
2947. Клинические проявления эхинококкоза печени могут отсутствовать на:
2948. -начальной стадии заболеваний.
2949. развернутой стадии заболевания.
2950. терминальной стадии заболевания.
2951. на всех стадиях.
2952. Инструментальные методы визуализации эхинококкоза печени(УЗИ,КТ,ЯМР) эффективны:
2953. в начальной стадии заболевания.
2954. на развернутой стадии заболевания.
2955. в терминальной стадии заболевания.
2956. -на всех стадиях.
2957. Желтуха, вызванная сдавлением эхинококковой кистой желчных протоков, проявляется повышением уровня активности в сыворотке крови:
2958. аспарагиновой трансаминазы.
2959. креатинфосфокиназы.
2960. -щелочной фосфатазы.
2961. альфа-амилазы.
2962. псевдохолинэстеразы.
2963. Какие обстоятельства способствуют возникновению холестериновых камней в желчных путях?
2964. Прием оральных контрацептивов.
2965. Длительное голодание.
2966. Прием пищи 1-2 раза в день.
2967. -Все перечисленные.
2968. Ни одно из перечисленных.
2969. При каких условиях в желчных путях формируются пигментные камни?
2970. -При рецидивирующем гемолизе и врожденной недостаточности глюкуронилтрансферазы гепатоцитов.
2971. При избыточном содержании в желчи холестерина.
2972. При недостаточном содержании в желчи желчных кислот.
2973. При длительном застое желчи в пузыре и протоках.
2974. При сахарном диабете.
2975. Какие заболевания способствуют формированию холестериновых камней в желчных путях?
2976. Сахарный диабет.
2977. Хроническая почечная недостаточность.
2978. Нефротический синдром.
2979. -Все перечисленные.
2980. Ни одно из перечисленных.
2981. Желчные конкременты какого состава не видны на рентгенограммах без предварительного введения контраста?
2982. -Холестериновые.
2983. Билирубинат-кальциевые пигментно-известковые.
2984. Известковые.
2985. Смешанные холестерино-пигментно-известковые.
2986. Все перечисленные.
2987. Желчные конкременты какого состава могут уменьшать свои размеры при длительном лечении препаратами желчных кислот (хенофалк, урсофалк)?
2988. Пигментные.
2989. Смешанные (холестерино-пигментно-известковые).
2990. -Холестериновые.
2991. Все желчные камни независимо от их состава.
2992. Никакие не растворяются.
2993. Какие инструментальные методы не используются для диагностики желчнокаменной болезни?
2994. -ФГДС.
2995. Ультразвуковое исследование.
2996. Рентгенографическоеисследование с пероральиым приемом рентгенконтрастного препарата.
2997. Рентгенологическое исследование с внутривенным введением рентгенкоктрастного препарата.
2998. Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография (ЭРХПГ).
2999. Какие биохимические показатели подтверждают диагноз механической желтухи, вызванной калькулезной обструкцией внепеченочных желчных протоков?
3000. Высокий уровень конъюгированного билирубина в крови.
3001. Высокое содержание холестерина в крови.
3002. Высокая активность щелочной фосфатазы в крови.
3003. -Все перечисленные.
3004. Ни один из перечисленных.
3005. Какой антибиотик обладает наименьшей способностью концентрироваться в желчи?
3006. Ампициллин.
3007. Рифампицик.
3008. -Эритромицин.
3009. Ни один из перечисленных.
3010. Все перечисленные.
3011. Назначение каких препаратов не позволяет уменьшить тонус стенки желчного пузыря у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
3012. Платифиллин.
3013. Нитроглицерин.
3014. Атропин.
3015. -Мотилиум.
3016. Всех перечисленных.
3017. Какой инструментальный метод наиболее эффективен для диагностики холелитиаза внепеченочных желчных протоков?
3018. ФГДС.
3019. Ультразвуковое исследование.
3020. Рентгенографическоеисследованиес пероральным приемом рентгенконтрастного препарата.
3021. Рентгенологическое исследование с внутривенным введением рентгенконтрастного препарата.
3022. -Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография (ЭРХПГ).
3023. Какие осложнения могут возникнуть у больного желчнокаменной болезнью во время приступа печеночной колики?
3024. Механическая желтуха.
3025. Острый панкреатит.
3026. Острый холецистит.
3027. Ни одно из перечисленных.
3028. -Любое из перечисленных.
3029. Какие признаки свидетельствуют об осложнении желчнокаменной болезни холангитом?
3030. Появление "опоясывающих" болей.
3031. -Появление ознобов.
3032. Появление тошноты, рвоты.
3033. Усиление болей в правом подреберье.
3034. Внезапное стихание болей в правом подреберье.
3035. Кудане иррадиируют боливо время приступа печеночной коликиубольных с желчнокаменной болезнью?
3036. В правую поясничную область.
3037. -В правую подвздошную область.
3038. В правую лопатку.
3039. В правое плечо.
3040. В любое место из обозначенных выше.
3041. Какие методы применяются для лечения больных желчнокаменной болезнью с пигментным и известковым составом желчных камней?
3042. Длительная терапия препаратами желчных кислот (урсофалк, хенофалк).
3043. Экстакорпоральная ударно-волновая литотрипсия.
3044. Лапаротомическая холецистэктомия.
3045. Лапароскопическая (малоинвазивная) холецистэктомия.
3046. -Все перечисленные методы.
3047. Какой метод наиболее эффективен для скрининговом диагностики бессиптомной формы желчнокаменной болезни желчнокаменного носительства?
3048. Рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с пероральным приемом рентгенконтрастных препаратов пероральная холецистография.
3049. Рентгенологическое исследование желчевыводящей системы с внутривенным введением рентгенконтрастных препаратов (внутривенная холецистография).
3050. -Ультразвуковое исследование печени,желчевыводящей системы, поджелудочной железы.
3051. Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография-ЭРХПГ.
3052. Радиоизотопная сцинтиграфия желчевыводящей системы.

1. Укажите клинические симптомы,<характерные> для острой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры
2. чаще встречается у пожилых лиц
3. -петехиально-пятнистый тип кровоточивости
4. кровотечения только после травм
5. выраженная спленомегалия
6. Необходимые исследования при остром агранулоцитозе включают:
7. -клинический анализ крови
8. цитохимическое исследование лейкоцитов
9. -стернальную пункцию
10. реакцию Кумбса
11. все перечисленные исследования
12. Укажите признаки,характерные для <острой> постгеморрагической анемии
13. -нормохромный характер анемии
14. анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов
15. гипербилирубинемия
16. макроцитоз
17. -ретикулоцитоз
18. Назовите основные механизмы острого агранулоцитоза
19. идиосинкразия
20. -иммунный
21. инфекционный
22. -миелотоксический
23. после кровопотерь
24. На фоне проводимой терапии гепариному больного проявилось кишечное кровотечение.Что необходимо ввести?
25. -свежезамороженная плазма
26. кальция хлорид
27. викасол
28. -протамин-сульфат
29. Е-аминокапроновую кислоту
30. Укажите основные критерии диагностики внутрисосудистого гемолиза
31. повышение активности ЛДГ сыворотки
32. снижение осмотической стойкости эритроцитов
33. -повышение свободного гемоглобина плазмы
34. -большое количество гемосидерина в моче
35. микросфероцитоз эритроцитов
36. Укажите <неотложные> мероприятия при остром внутриклеточном иммунном гемолизе
37. гемотрансфузия
38. -назначение глюкокортикоидов
39. назначение цитостатиков
40. плазмаферез
41. все перечисленные мероприятия являются неотложными
42. Перечислите критерии лабораторной диагностики гемолитического криза
43. -нормохромная анемия
44. -ретикулоцитоз
45. гематурия
46. -гемоглобинурия
47. C какими заболеваниями необходимо дифференцировать острый агранулоцитоз по данным клинического анализа крови
48. хронический миелолейкоз
49. -острый лейкоз
50. лимфогрануломатоз
51. -гипопластическая анемия
52. Укажите результаты лабораторных тестов,<характерных> для острого ДВС-синдрома<в фазе гипокоагуляции>
53. -тромбоцитопения
54. -количество фибриногена снижено
55. -фибриноген В присутствует (бета-нафтоловый тест положительный)
56. -этаноловый тест положителен
57. Укажите меры неотложной терапии тяжелого ДВС-синдрома <в фазе гипокоагуляции>
58. -инфузии свежезамороженной плазмы
59. -гепарин
60. трансфузии консервированной цельной крови
61. -переливание тромбовзвеси
62. Укажите заболевания, для которых характерны гемолитические кризы с преимущественно внутрисосудистым гемолизом
63. наследственный микросфероцитоз
64. -болезнь Маркиафавы-Микели
65. гетерозиготная бета-талассемия
66. -гемолизиновая форма хронической аутоиммунной гемолитической анемии
67. Укажите факторы, провоцирующие возникновение кризов внутрисосудистого гемолиза:
68. -прием лекарственных препаратов
69. -переохлаждение
70. -длительная ходьба
71. аномальное строение глобина
72. микросфероцитоз эритроцитов
73. Какие из перечисленных состояний могут осложняться острым канальцевым некрозом:
74. -послеродовое кровотечение
75. -грам-отрицательный сепсис
76. -синдром длительного раздавливания
77. -отравление дихлоридом ртути (сулема)
78. Острая поражение почек <может> наблюдаться
79. -при дегидратации
80. при гипергидратации
81. -при узелковом периартериите
82. -при отравлении парацетамолом
83. при отравлении атропином
84. Преренальное острое поражение почек встречается при:
85. -при шоке любой этиологии
86. -при массивном кровотечении
87. -при ожоговой болезни
88. -при перитоните
89. -при сепсисе
90. Осложнениями острого поражения почек считаются:
91. -инфекции
92. -анемия
93. -желудочно-кишечные кровотечения
94. -перикардит
95. К нефротоксинам,способным вызывать острое поражение почек,относятся
96. -рентгеноконтрастные вещества
97. -нестероидные противовоспалительные препараты
98. -соли тяжелых металлов
99. сердечные глюкозиды
100. -аминогликозиды
101. Лечение гиперкалиемии свыше 6,5 мэкв/л при остром поражении почек включает все, <кроме>
102. гемодиализа
103. глюконата кальция
104. бикарбоната натрия
105. инсулина с раствором глюкозы
106. -глюкокортикоидов
107. Применение каких антибиотиков противопоказано при остром поражении почек
108. ампициллина
109. -стрептомицина
110. -метициллина
111. -гентамицина
112. эритромицина
113. <Наиболее> вероятная причина АV-блокады III степени при хронической болезин почек
114. гипергидратация
115. гипокальциемия
116. гиперкальциемия
117. гипокалиемия
118. -гиперкалиемия
119. Острое поражение почек характеризуется
120. гипохлоремическим алкалозом
121. -метаболическим ацидозом
122. -гиперкалиемией
123. снижением гематокрита
124. Что из перечисленного является показанием к экстренному гемодиализу при неэффективности терапии мочегонными средствами:
125. креатинин крови свыше O.6 ммоль/л
126. -прогрессирующий ацидоз и гиперкалиемия
127. артериальная гипертензия
128. тошнота и рвота
129. Какие из перечисленных состояний могут быть причиной острого поражения почек:
130. -острый гломерулонефрит
131. -прием препаратов, содержащих фенацетин
132. -шок
133. -синдром Гудпасчера
134. При остром поражении почек показанием к проведению экстренного гемодиализа служит:
135. наличие судорожного синдрома
136. -гиперкалиемия свыше 7.5 ммоль/л
137. гипотензия
138. снижение pH крови до 7.3
139. Острое поражение почек является частым осложнением:
140. -отравления солями тяжелых металлов
141. острого пиелонефрита
142. -ожоговой болезни
143. -синдрома длительного раздавливания
144. -острой гемолитической анемии
145. всех перечисленных ситуаций
146. Что из перечисленного способствует коррекции гиперкалиемии при остром поражении почек?
147. -глюконат Ca
148. -гидрокарбонат Na
149. -глюкоза + инсулин
150. -ионообменные смолы
151. У больного с острым поражением почек: - pCO2 - 46 мм рт.ст., стандартный бикарбонат - 12 ммоль/л. Что можно предположить в этой ситуации?
152. респираторный алкалоз
153. метаболический ацидоз
154. -смешанный дыхательный и метаболический ацидоз
155. смешанный дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
156. К заболеваниям, которые могут осложняться острым поражением почек, относятся:
157. -склеродермия
158. -узелковый периартериит
159. -гломерулонефрит
160. -интерстициальный нефрит
161. -тромбоцитопеническая пурпура
162. Все перечисленное характерно для нефротического криза,<кроме>
163. гиповолемического шока
164. болевого абдоминального криза
165. мигрирующих рожеподобных эритем
166. отеков, рефрактерных к диуретикам
167. -снижения активности кининовой системы в плазме крови
168. В лечении больных нефротическим кризом целесообразно применение
169. -реополиглюкина
170. -глюкокортикоидов
171. -пармидина
172. -гепарина
173. Что понимают под термином "олигурия"
174. -выделение за сутки менее 500 мл мочи
175. выделение за сутки менее 1,5 л мочи
176. выделение за сутки менее 1,2 л мочи
177. выделение за сутки менее 1 л мочи
178. выделение за сутки менее 300 мл мочи
179. Что понимают под термином"олигоанурия"
180. -выделение за сутки менее 100 мл мочи
181. выделение за сутки менее 800 мл мочи
182. выделение за сутки менее 700 мл мочи
183. выделение за сутки менее 600 мл мочи
184. выделение за сутки менее 300 мл мочи
185. Что представляет собой анализ мочи по Нечипоренко?
186. -определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 л мочи
187. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за сутки
188. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за час
189. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за минуту
190. определение количества мочи, выделенной за минуту
191. Что представляет собой анализ мочи по Каковскому-Аддису?
192. -определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за сутки
193. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за час
194. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за минуту
195. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 литре мочи
196. определение количества мочи, выделенной за минуту
197. Что представляет собой анализ мочи по Амбурже?
198. -определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за минуту
199. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за сутки
200. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выделенных с мочой за час
201. определение количества лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 литре мочи
202. определение количества мочи, выделенной за минуту
203. Предельно допустимое количество лейкоцитов в 1 л мочи в норме
204. -4\*10/6/л
205. 10.6/л
206. 10.3/л
207. 2\*10/6/л
208. 4\*10/7/л
209. Предельно допустимое количество эритроцитов в 1 л мочи в норме
210. -10.6/л
211. 10.3/л
212. 2\*10/6/л
213. 4\*10/5/л
214. 10.7/л
215. Предельно допустимое количество бактерий в 1 мл мочи в норме
216. -10.5
217. 10.2
218. 10.3
219. 10.4
220. 10.6
221. Что понимают под термином "полиурия"
222. -более 2 л мочи за сутки
223. более 800 мл мочи за сутки
224. более 1 л мочи за сутки
225. более 1,8 л мочи за сутки
226. более 1,5 л мочи за сутки
227. Что представляет собой анализ мочи по Зимницкому?
228. -определение колебаний к-ва и уд. полотности в 3-часовых порциях мочи, выделенной в течение суток при обычном питьевом и пищевом режиме питьевом режиме
229. определение количества белка в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
230. определение колебаний количества и удельной плотности в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток в условиях сухоедения
231. определение количества и удельной плотности суточной мочи.
232. определение количества форменных элементов в трехчасовых порциях мочи, выделенной в течение суток
233. Минимально допустимые колебания относительной плотности мочи в анализе по Зимницкому (суточный диурез 1200 мл,максимальная ОП 1020):
234. -10 ед
235. 20 ед
236. 15 ед
237. 8 ед
238. 5 ед
239. Что понимают под термином"гипостенурия"
240. -снижение удельной плотности мочи
241. понижение минутного диуреза
242. монотонность удельной плотности мочи
243. повышение удельной плотности мочи
244. понижениеминутного диуреза при повышении удельной плотности мочи
245. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для изостенурии?
246. -1010 - 1012
247. 1005 - 1015
248. 1012 - 1022
249. 1010 - 1020
250. 1020 - 1025.
251. Что понимают под термином"поллакиурия"
252. -учащенное мочеиспускание
253. затрудненное мочеиспускание
254. болезненное мочеиспускание
255. редкое мочеиспускание
256. мочеиспускание в ночное время
257. Что понимают под термином"дизурия"?
258. -затрудненные, неприятные ощущения и болезненность при мочеиспускании, нарушение ритма мочеиспускания
259. мочеиспускание в ночное время
260. увеличение количества суточной мочи
261. уменьшение количества суточной мочи
262. нарушение соотношения дневного и ночного диуреза
263. В норме минимально допустимое соотношение дневного и ночного диуреза составляет:
264. -1,5/1
265. 2,5/1
266. 2/1
267. 1/1
268. 1/1,5
269. Объем первичной мочи (клубочкового ультрафильтрата) в норме
270. -180 - 200 л
271. 250 - 300 л
272. 150 - 170 л
273. 130 - 140 л
274. 100 - 120 л
275. Какой из перечисленных факторов вызывает уменьшение клубочковой фильтрации ниже
276. 80 мл/мин:
277. -уменьшение количества функционирующих нефронов
278. повышение артериального давления до 170/95 мм рт.ст.
279. снижение артериального давления до 110/65 мм рт.ст.
280. протеинурия более 100 мг/сутки
281. эритроцитурия 10\*6/л
282. Скорость клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина в норме
283. -80 - 120 мл/мин
284. 50 - 75 мл/мин
285. 125 - 145 мл/мин
286. 150 - 170 мл/мин
287. 180 - 200 мл/мин
288. С помощью какого из перечисленных методов исследования определяется клубочковая фильтрация
289. -клиренс эндогенного креатинина
290. клиренс глюкозы
291. клиренс эндогенной мочевины
292. клиренс мочевой кислоты
293. клиренс белка
294. Какой изотоп используется для радиоизотопной ренографии
295. -131-йод
296. 99-технеций
297. 51-кобальт
298. 29-фосфор
299. 203-ртуть
300. Радиоизотопная ренография позволяет определить
301. -васкуляризацию почек, функцию проксимальных канальцев
302. концентрационную функцию почек
303. величину канальцевой реабсорбции
304. форму и размеры почек
305. форму, размеры и локализацию чашечно-лоханочной системы
306. Для какого из перечисленных заболеваний характерна ассиметрия кривых радиоизотопной ренограммы:
307. -вторичный хронический пиелонефрит
308. первичный хронический пиелонефрит
309. острый гломерулонефрит
310. быстропрогрессирующий гломерулонефрит
311. хронический гломерулонефрит
312. Сканирование почек позволяет определить
313. -размеры, форму и локализацию почек
314. скорость накопления радиоактивного изотопа в почках
315. скорость выведения радиоактивного изотопа из почек
316. размеры, форму и локализацию чашечно-лоханочной системы
317. скорость клубочковой фильтрации
318. Методы, позволяющие определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек:
319. -экскреторная урография и УЗИ
320. изотопная ренография и сканирование почек
321. обзорная рентгенография органов брюшной полости
322. определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
323. Радионуклидное сканирование почек осуществляется при введении
324. -неогидрина,меченного 203 Hg
325. бенгальской розы, меченной 131 J
326. гиппурана, меченного 131 J
327. триомбрина,меченного 131 J
328. цианкобаламина,меченного 51 Со
329. Какие из перечисленных показателей позволяет определить УЗИ почек?
330. -размеры, форму и локализацию почек и их чашечно-лоханочной системы
331. величину почечного кровотока
332. величину почечного плазмотока
333. функцию почечных клубочков
334. функцию почечных канальцев
335. Какой из перечисленных показателей характерен для нефротического синдрома
336. -протеинурия более 3,5 г/сут
337. эритроцитурия 10 5 - 10 6/л
338. лейкоцитурия более 4,10 6/л
339. протеинурия более 100 мг/сут
340. бактериурия более 10 5/мл
341. Какой из перечисленных признаков не характерен для нефротического синдрома?
342. -лейкоцитурия более 4.10 6/л
343. протеинурия более 3,5 г/сут
344. цилиндрурия
345. гипопротеинемия
346. диспротеинемия.
347. Какой синдром характеризуется совокупностью следующих признаков отеки, высокая протеинурия, гипопротеинурия, диспротеинемия, гиперлипидемия:
348. -нефротический синдром
349. мочевой
350. гипертензивный
351. синдром инфекционных осложнений
352. хроническая почечная недостаточность
353. К развитию отеков при нефротическом синдроме приводят перечисленные факторы, кроме:
354. -снижение продукции белков в печени
355. гиперальдостеронизм
356. высокая протеинурия
357. гипопротеинемия
358. диспротеинемия
359. Основная причина гипопротеинемии при нефротическом синдроме
360. -высокая протеинурия
361. снижение продукции белков в гепатоцитах
362. повышение катаболизма белков
363. нарушение всасывания белков в кишечнике
364. увеличенная экскреция белков в кишечнике
365. Основная причина диспротеинемии при нефротическом синдроме
366. -несоответствие между фракциями белков, выделенных с мочой и продуцированных гепатоцитами
367. повышение катаболизма белков
368. нарушение всасывания белка в кишечнике
369. гиперлипидемия
370. гипоонкия.
371. Для нефротического синдрома характерны показатели,<кроме>
372. -относительная гипоглобулинемия
373. гипопротеинемия
374. относительная альбуминемия
375. абсолютная гипоальбуминемия
376. гиперлипидемия
377. Развитие нефротического синдрома характерно для заболеваний почек, <кроме>
378. -мочекаменная болезнь
379. острый гломерулонефрит
380. хронический гломерулонефрит
381. системная красная волчанка
382. диабетический гломерулосклероз
383. Развитие нефротического синдрома характерно для заболеваний почек, <кроме>
384. -острый пиелонефрит
385. нефропатия беременных
386. амилоидоз почек
387. миеломная болезнь
388. тромбоз нижней полой вены
389. Основные факторы патогенеза нефротического синдрома
390. -циркулирующие иммунные комплексы и антитела анти-КБМ
391. восходящая инфекция мочевыводящих путей
392. снижение концентрационной функции почек
393. снижение почечного кровотока
394. нарушение реологии мочи
395. Для какого из перечисленных заболеваний характерна гиперпротеинемия?
396. -миеломная болезнь
397. лимфогранулематоз
398. системная склеродермия
399. первичный амилоидоз
400. вторичный амилоидоз
401. Для какого заболевания характерно появление в моче белка Бенс-Джонса?
402. -миеломная болезнь
403. первичный амилоидоз почек
404. вторичный амилоидоз почек
405. лимфогранулематоз
406. болезнь Вальденстрема
407. Для заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом (ХБП 0) характерны осложнения,<кроме>
408. -носовые кровотечения
409. ишемический инсульт
410. отек мозга
411. отек легких
412. тромбофлебит
413. Рекомендуемое суточное потребление белка при хроническом гло-мерулонефрите с нефротическим синдромом (ХБП 0 ст. масса больного г. Суточная протеинурия 16 г.)
414. -86 г
415. 70 г
416. 78 г
417. 94 г
418. 105 г
419. Диета больных с нефротическим синдромом (ХБП 0 ст.) предусматривает суточное содержание белка из расчета
420. -1 г/кг массы тела + величина суточной потери белка с мочой
421. 1 г/кг массы тела
422. 2 кг/массы тела
423. 1,5 г/кг массы тела
424. 1 г/кг массы тела + удвоенная величина на суточной потере белка с мочой
425. Какой из перечисленных препаратов применяется для патогенетической терапии заболеваний, протекающих с нефротическим синдромом
426. -циклофосфамид
427. индометацин
428. аминокапроновая кислота
429. изобарин
430. кетотифен
431. Четырехкомпонентная патогенетическая терапия при нефротическом синдроме, обусловленном хроническим гломерулонефритом, не включает
432. -индометацин
433. преднизолон
434. циклофосфамид
435. гепарин
436. дипиридамол
437. Для патогенетической терапии нефротического синдрома, обусловленного хроническим гломерулонефритом применяютсям едикаментозные средства, <кроме>
438. -гемостатические средства
439. глюкокортикоиды
440. цитостатики
441. мочегонные
442. антиагреганты
443. При какой этиологии нефротического синдрома противопоказаны глюкокортикоиды?
444. -амилоидоз почек
445. СКВ
446. подострый злокачественно текущий гломерулонефрит
447. острый гломерулонефрит
448. поликистоз почек
449. При гломерулонефрите с гематурическим компонентом применяется мембранстабилизирующая терапия, включающая перечисленные препараты,<кроме>
450. -глюкокортикоиды
451. ксантинола никотинат
452. токоферол
453. трентал
454. димифосфон
455. Развитие вторичного амилоидоза характерно для перечисленных за-болеваний,<кроме>
456. -системная склеродермия
457. ревматоидный артрит
458. неспецифический язвенный колит
459. бронхоэктатическая болезнь
460. миеломная болезнь
461. Какие изменения в моче характерны для протеинурической стадииамилоидоза
462. -протеинурия более 100 мг, но менее 3,5 г/сутки
463. протеинурия до 100 мг/сутки
464. протеинурия более 3,5 г/сутки
465. изостенурия
466. лейкоцитурия
467. Для нефротической стадии амилоидоза характерны изменения в моче,<кроме>
468. -лейкоцитурия более 4 \*10 6/л
469. протеинурия более 3,5 г/сутки
470. эритроцитурия более 1,0 6/л
471. цилиндрурия
472. наличие в моче клеток почечного эпителия
473. Для отечной стадии амилоидоза характерны изменения лабораторных показателей,<кроме>
474. -гипоглобулинемия
475. гипопротеинемия
476. диспротеинемия
477. гипоальбуминемия
478. гипер-гамма-глобулинемия
479. Какие изменения протеинограммы характерны для амилоидоза почек
480. -гипер-гамма-глобулинемия
481. парапротеинемия
482. гиперальбуминемия
483. гипер-альфа-глобулинемия
484. гиперпротеинемия
485. При первичном амилоидозе наиболее часто поражаются органы и ткани,<кроме>
486. -желудок
487. почки
488. кишечник
489. центральная нервная система
490. миокард
491. Косвенно подтвердить диагноз амилоидоза почек помогают перечисленные исследования, <кроме>
492. -слизистой оболочки желудка
493. исследование биоптата слизистой толстой кишки
494. исследование биоптата слизистой десны
495. исследование биоптата селезенки
496. исследование биоптата кожи живота
497. При лечении амилоидоза почек противопоказано применение
498. -глюкокортикоиды
499. производные 4 аминохинолина
500. трентал
501. мочегонные средства
502. гепарин
503. Этиопатогенетические факторы хронического пиелонефрита не включают:
504. -артериальная гипертензия
505. наличие очага хронической инфекции
506. нарушение уродинамики
507. образование камней в мочевыводящих путях
508. инфекция мочевыводящих путей
509. Развитие вторичного хронического пиелолнефрита часто предшествуют поражения почек, кроме:
510. -застойная почка
511. мочекаменная болезнь
512. поликистоз почек
513. туберкулез почек
514. врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей
515. Факторы, предраспологающие к развитию первичного хронического пиелонефрита
516. -наличие очага хронической инфекции
517. нарушение уродинамики
518. артериальная гипертензия
519. мочекаменная болезнь
520. поликистоз почек
521. В каких случаях при временной нетрудоспособности вследствие несчастногослучая, травмы листок нетрудоспособности выдается с первого дня
522. -Травма получена на производстве.
523. -Травма получена в быту.
524. -Травма получена во время очередного отпуска.
525. -Травма получена при стихийном бедствии.
526. На какой предельный срок может быть продлен листок нетрудоспособностив лечебном учреждении после заключения МРЭК "временно нетрудоспособен"
527. На один месяц.
528. На два месяца.
529. -На четыре месяца.
530. На 5 месяцев.
531. Временная нетрудоспособность продолжительностью 6 дней наступилавне места постоянного жительства.Какой порядок оформления листка нетрудоспособности.
532. Выдается лечащим врачом.
533. Выдается с ведома ВКК.
534. Выдается лечащим врачом и заведующим отделением.
535. -Выдается только с разрешения главного врача.
536. Больной П.,38 лет, условно-осужденный во время сборки деталей тракторана работе получил тяжелую черепно-мозговую травму и былгоспитализирован в стационар. Какой документ,удостоверяющий нетрудоспособность будет выдан больному
537. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а с 6-го дня - листок нетрудоспособности.
538. Справка произвольной формы.
539. -Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
540. Никакие документы не выдаются.
541. В какие сроки от начала заболевания длительно нетрудоспособные подлежатобязательному освидетельствованию на ВКК
542. -Через 30,60,90,120,150,165 дней при заболевании туберкулезом.
543. -Через 30,60,90 и 105 дней при общем заболевании.
544. Через 90 дней.
545. Через 120 дней.
546. На какой максимальный срок может быть выдан листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара, если больной не нуждаетсяв динамическом наблюдении
547. На 30 дней.
548. На 5 дней.
549. На 14 дней.
550. -На 10 дней.
551. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность будет выданпо уходу за больным ребенком в возрасте 8 лет, если мать находится вотпуске по уходу за другим ребенком в возрасте до 3 лет
552. Листок нетрудоспособности.
553. Справка о временной нетрудоспособности на период болезни ребенка.
554. Справка ВКК.
555. -Никакие документы не выдаются.
556. Рабочим Б., 30 лет, дома, в состоянии алкогольногоопьянения получена травма. Какой документ удостоверяющий временнуюнетрудоспособность будет выдан больному
557. -Листок нетрудоспособности с 1-го дня.
558. Листок нетрудоспособности с 6-го дня.
559. Справка произвольной формы.
560. Справка установленного образца.
561. На какой предельный срок выдается листок нетрудоспособности припротезировании в стационаре
562. На 10 дней.
563. На 30 дней.
564. На 60 дней.
565. -На весь период временной нетрудоспособности.
566. Больная К., 27 лет, в течение 10 дней находилась в стационаре клинической б-цы г.Гродно по поводу преждевременных родов,наступивших на 26 неделе беременности. Родила живого мальчикавесом 2300 г. На какой срок ей будет выдан листок нетрудоспособности
567. На период пребывания в стационаре.
568. На 70 дней.
569. На 90 дней.
570. -На 140 дней.
571. Как выдается и оформляется листок нетрудоспособности при лечении встационаре
572. Лечащим врачом совместно с главным врачом при выписке больного из стационара.
573. Главным врачом при выписке больного из стационара.
574. -Лечащим врачом совместно с заведующим отделением при выписке больного из стационара.
575. Открывается лечащим врачом в день поступления в стационар и закрывается в день выписки из стационара лечащим врачом совместно с зав. отделением.
576. При каком условии выдается дубликат вместо утерянного листканетрудоспособности
577. При предоставлении заявления больного.
578. При предоставлении амбулаторной карты (истории болезни) больного.
579. При устном заявлении больного.
580. -Припредоставлении справки бухгалтерии о том, что по ранее выданному листку нетрудоспособности пособие не выплачивалось.
581. На какой срок выдается листок нетрудоспособности больным, направленным надолечивание в санаторий непосредственно из стационаров послеперенесенного острого инфаркта миокарда
582. -На время пребывания в санатории.
583. На недостающие к отпуску дни.
584. На недостающие к отпуску дни и на время проезда в санаторий и обратно.
585. Листок нетрудоспособности не выдается.
586. Ребенку 9 месяцев. Мать, находясь в отпуске по уходуза ребенком до 3 лет, заболела пневмонией. Какие документы,удостоверяющие временную нетрудоспособность и кем будут выданы отцу ребенка
587. Справка о временной нетрудоспособности, выданная врачом-педиатром.
588. -Листок нетрудоспособности, выданный участковым врачом-терапевтом или врачом стационара на время болезни матери.
589. Справка ВКК.
590. Никакие документы не выдаются.
591. Больному К., выдан листок нетрудоспособности с диагнозом ОРЗ с 18.10 по 20.10 с явкой на прием к врачу 20.10.Больной пришел лишь 25.10., т.к. без уважительной причины выехал в другой город. При осмотре 25.10 диагноз: Пневмония. Как должен быть оформлен листок нетрудоспособности
592. Ранее выданный листок нетрудоспособности закрывается и выдается новый.
593. Листок нетрудоспособности продлевается на 21, 22, 23, 24, 25.10 и делается отметка о нарушении режима.
594. Листок нетрудоспособности закрывается 20.10.
595. –В ранее выданном листке нетрудоспособности делается отметка о нарушении режима, а с 25.10 продлевается на общих основаниях.
596. На какой предельный срок до переосвидетельствования во МРЭК может быть выдан листок нетрудоспособности работающему инвалиду 3-ей группы в связи с присоединением другого заболевания.
597. На срок 1 месяц.
598. На срок 2 месяца.
599. -На весь период временной нетрудоспособности, но не более 4-х месяцев.
600. Не выдается листок нетрудоспособности.
601. Как оформляется листок нетрудоспособности при установлении у больногофакта алкогольного опьянения на момент обращения по поводу травмы
602. На общих основаниях.
603. В графе "особые отметки" указывается время получения травмы.
604. -В строке "Вид нетрудоспособности" указывается "травма, алкогольное опьянение".
605. Оформляется только с ведома ВКК.
606. В каком из перечисленных случаев не выдается листок нетрудоспособностипо уходу за больным ребенком
607. -Для ухода за детьми с хроническими заболеваниями вне обострения.
608. -Мать находится в очередном отпуске.
609. -Отец находится в дополнительном отпуске.
610. -Мать находится в декретном отпуске по беременности и родам.
611. На какой предельный срок может быть выдан листок нетрудоспособности поуходу за взрослым членом семьи
612. -На 3 дня лечащим врачом.
613. На 5 дней с ведома ВКК.
614. -На 7 дней с ведома ВКК.
615. На 10 дней с ведома ВКК.
616. На какой предельный срок со дня установления временной нетрудоспособности врезультате обострения язвенной болезни желудка,наступившей вследствие алкогольного опьянения и какой документвыдается больному
617. На 10 дней с выдачей справки о временной нетрудоспособности.
618. Только на 20 дней с выдачей листка нетрудоспособности.
619. -На весь период временной нетрудоспособности с выдачей листка нетрудоспособности
620. Никакие документы не выдаются.
621. Как проводится экспертиза трудоспособности при карантине, если работник имел контакт с инфекционным больным и был отстранен от работысанитарно-эпидемиологической службой и нет возможности еготрудоустройства
622. -Выдается листок нетрудоспособности участковым терапевтом, при отсутствии врача-инфекциониста.
623. -Выдается листок нетрудоспособности врачом-инфекционистом и в строке "Вид нетрудоспособности" указывается "Карантин".
624. Выдается справка о временной нетрудоспособности.
625. Никакие документы не выдаются.
626. Врачи, каких лечебных учреждений не имеют права выдачи листковнетрудоспособности
627. Стоматологических поликлиник.
628. Клиник научно-исследовательских институтов.
629. -Скорой помощи.
630. -Областных поликлиник.
631. Сотрудник ОМОНа, находясь в очередном отпуске, при задержании особоопасного преступника получил резаную рану левого плеча.Какой документ и на какой период будет выдан сотруднику ОМОНа
632. Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
633. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а затем листок нетрудоспособности до полного выздоровления.
634. Справка ВКК на весь период заболевания.
635. -Справка произвольной формы на весь период заболевания.
636. Больной Л., 25 лет, врач, при следовании к месту работы после окончания медицинского института 28 июля получил закрытый перелом большеберцовойкости. Какие документы будут выданы больному, если в направлении указана дата явки на работу 1 августа
637. Листок нетрудоспособности с 28 июля на весь период заболевания.
638. Справка о временной нетрудоспособности на весь период заболевания.
639. Справка о временной нетрудоспособности с 28 июля по 31 июля, а с 1 августа - листок нетрудоспособности.
640. -Листок нетрудоспособности с 1 августа на весь период заболевания.
641. В строке "Особые отметки" листка нетрудоспособности отмечается
642. -Отметка о нарушении режима.
643. -Неявка в назначенный срок на прием к врачу без уважительной причины.
644. -Самовольный выход на работу, если при повторном осмотре у больного установлена временная нетрудоспособность.
645. -Разрешение ВКК на выезд в другой город для консультации.
646. В каких из перечисленных случаях не выдается листок нетрудоспособностиотцу по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет в случае болезни матери
647. -Ребенок посещает детское дошкольное учреждение.
648. Мать находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет.
649. -Мать - домохозяйка.
650. Мать, находясь в отпуске по уходу, работает на 0,5 ставки.
651. У безработного С., 35 лет, состоящего на учете в службе занятости впериод выполнения им общественных работ, возникла лакунарная ангина.Какие документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, будут емувыданы
652. Справка ВКК.
653. Справка произвольной формы.
654. -Листок нетрудоспособности.
655. Никакие документы не выдаются.
656. Какой существует порядок экспертизы временной нетрудоспособности у часто и длительно болеющих
657. Проводится лечащим врачом.
658. Проводится лечащим врачом совместно с зав. отделением.
659. Проводится лечащим врачом с ведома ВКК.
660. -Проводится врачом, за которым больной закреплен по решению ВКК или приказом главного врача.
661. Студентка 3-го курса университета летом, во время работы в стройотряде,упала с телеги и получила перелом луча в типичном месте со смещением. Какой документ, удостоверяющий нетрудоспособность, должен быть выдан больной, если с ней заключен трудовой договор
662. Справка о временной нетрудоспособности на весь период заболевания.
663. Справка произвольной формы.
664. Листок нетрудоспособности с 6-го дня.
665. -Листок нетрудоспособности до 1 сентября, затем справка о временной нетрудоспособности.
666. На какой срок и какой документ будет выдан женщине в случае осложненных родов
667. Справка о временной нетрудоспособности на 14 дней.
668. Листок нетрудоспособности на 20 дней.
669. -Дополнительный листок нетрудоспособности на 14 дней.
670. Никакой дополнительный документне выдается.
671. На какой срок и какой документ выдается женщине, родившей здорового ребенка и отказавшейся от него, при осложненных родах
672. Справка о временной нетрудоспособности на 14 дней.
673. Листок нетрудоспособности на 20 дней.
674. -Дополнительный листок нетрудоспособности на 14 дней.
675. Никакой дополнительный документ не выдается.
676. Кто имеет право на выдачу листка нетрудоспособности
677. Главный врач.
678. Зав. отделением.
679. -Лечащий врач.
680. -Зав. отделением, выполняющий лечебную работу.
681. На какой максимальный срок лечащий врач единолично может выдать листокнетрудоспособности
682. На 3 дня.
683. -На 6 дней.
684. На 10 дней.
685. На 4 месяца непрерывно.
686. Справка, удостоверяющая временную нетрудоспособность, выдается
687. -Безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости, не выполняющих общественных работ.
688. -Военнослужащим.
689. -Лицам рядового и начальствующего состава органов внутренних дел.
690. Предпринимателям, которые платят страховые взносы в фонд социальной защиты населения.
691. В течение, какого срока после увольнения с работы и со срочной службы в армии справка о временной нетрудоспособности может быть обменена на листок нетрудоспособности
692. -В течение 1 месяца.
693. В течение суток.
694. В течение 3-х месяцев.
695. Не обменивается.
696. При лечении хронического алкоголизма, осложненного циррозом печени, алкогольной миокардиодистрофией выдается
697. -Листок нетрудоспособности.
698. Справка о временной нетрудоспособности.
699. Справка ВКК.
700. Никакие документы не выдаются.
701. При возникновении острой неосложненной пневмонии у больного хроническим алкоголизмом ему будет выдано
702. -Листок нетрудоспособности на период лечения пневмонии.
703. Справка о временной нетрудоспособности на период лечения пневмонии.
704. Справка ВКК.
705. Никакие документы не выдаются.
706. На какой срок и какой документ может быть выдан врачом здравпункта
707. Листок нетрудоспособности на 6 дней.
708. -Листок нетрудоспособности на 3 дня.
709. Справка о временной нетрудоспособности на 10 дней.
710. Справка ВКК.
711. В каких случаях не выдается листок нетрудоспособности по уходу забольным ребенком
712. Ребенок старше 7 лет.
713. -Ребенок старше 14 лет.
714. -Мать находится в отпуске по беременности и родам.
715. -Мать находится в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет.
716. Какие из перечисленных нарушений режима следует отметить в листке нетрудоспособности (справке о временной нетрудоспособности)
717. -Не явился на прием в назначенный срок по неуважительной причине.
718. Отказался от госпитализации.
719. Отказался от обследования.
720. Не приобрел назначенных медикаментов.
721. Учащийся ПТУ во время производственной практики с частичной оплатой его труда получил травму. Какие документы будут выданы больному
722. Справка о временной нетрудоспособности.
723. -Листок нетрудоспособности на период производственной практики, а при продолжающейся нетрудоспособности - справка о временной нетрудоспособности.
724. Листок нетрудоспособности на весь период заболевания.
725. Справка о временной нетрудоспособности на 5 дней, а затем листок нетрудоспособности.
726. В каких случаях листок нетрудоспособности выдается прошедшим числом
727. -При выписке из стационара.
728. -При замене справки фельдшера здравпункта на листок нетрудоспособности.
729. -По решению психиатрической ВКК.
730. При травме.
731. У женщины Н., 26 лет, на 25 неделе беременности наступили преждевременные роды. Родился мертвый ребенок. На какой срок ей будет выдан листок нетрудоспособности
732. На 140 дней.
733. -На 70 дней.
734. На 126 дней.
735. На 14 дней.
736. B каких из перечисленных случаев листок нетрудоспособности выдается лишь с ведома ВКК
737. -При направлении на консультацию в другой город.
738. -При уходе за больным членом семьи до 7 дней
739. -При направлении больного на МРЭК.
740. -Для санаторно-курортного лечения.
741. Какие из перечисленных обследований при ежегодных осмотрах взрослого населения являются обязательными
742. Исследование мочи на содержание 17-оксикетостероидов.
743. -Пальцевое исследование прямой кишки с 30 летнего возраста.
744. Определение толерантности к физической нагрузке на велоэргометре.
745. -Определение внутриглазного давления лицам 40 лет.
746. По результатам ежегодной диспансеризации и последующего дообследования выделяют следующие группы
747. -Здоровые, практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.
748. Только здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.
749. Только практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении.
750. Только больные, нуждающиеся в лечении.
751. Какие группы населения после ежегодной диспансеризации подлежат учету и наблюдению в отделении профилактики
752. Больные, нуждающиеся в лечении.
753. Только здоровые лица.
754. Только практически здоровые лица.
755. -Здоровые и практически здоровые лица.
756. С какими показателями АД больные подлежат диспансерному наблюдению
757. 120/80 - 130/80 мм рт.ст.
758. 130/80 - 150/70 мм рт.ст.
759. -140/90 - 159/99 мм рт.ст.
760. -160/95 - 180/100 мм рт.ст.
761. Укажите частоту диспансерного наблюдения больных артериальнойгипертензией II степени, риск 4
762. 1 - 2 раза в год
763. 1 - 3 раза в год
764. 2 - 3 раза в год
765. -4 - 6 раз в год
766. Какой из указанных групп лекарственных препаратов отдадите предпочтение при амбулаторном лечении объемзависимой формы артериальной гипертензии
767. Антагонистам кальция.
768. Блокаторам бета-адренергических рецепторов.
769. Блокаторам альфа-адренергических рецепторов.
770. -Диуретикам.
771. Диета больного артериальной гипертензией должна в первую очередь предусматривать
772. Ограничение потребления хлеба.
773. Ограничение потребления растительного масла.
774. -Ограничение потребления соли и насыщенных жиров.
775. Ограничение потребления сливочного масла.
776. Частота наблюдения первые полгода за больными после перенесенного острого инфаркта миокарда составляет
777. 1 раз в неделю.
778. -2 раза в месяц.
779. 3 раза в месяц.
780. 1 раз в 6 месяцев.
781. Какие из указанных комбинаций лекарственных средств предпочтительныпри амбулаторном лечении больных ИБСстабильной стенокардией напряжения,ФК III-IV ст.
782. антагонисты Ca + аспирин.
783. только нитраты.
784. только бета - блокаторы.
785. -бета - блокаторы + нитраты + аспирин.
786. Частота и длительность диспансерного наблюдения больных после перенесенной острой пневмонии составляют
787. 3 раза в течение 3-х месяцев.
788. -3 раза в течение 6 месяцев.
789. 4 раза в течение 8 месяцев.
790. 6 раз в течение года.
791. Перечислите показания к госпитализации больного артериальной гипертензией
792. Кратковременные подъемы АД на 20 мм рт.ст. выше "рабочего" уровня, быстрая утомляемость.
793. -Решение экспертных вопросов.
794. -Тяжелое течение и устойчивость к фармакологическим средствам.
795. Кратковременные ноющие боли в области сердца, нарушение сна, кратковременные подъемы АД.
796. В планеоказания экстренной помощи при гипертоническом кризе II порядка предпочтение отдадите
797. -Ганглиоблокаторам (пентамину, бензогексонию и др.).
798. Препаратам раувольфии (рауседилу).
799. -Диуретикам (лазиксу).
800. Альфа-адреноблокаторам (пирроксану).
801. У лиц пожилого и старческого возраста, страдающих артерильнойгипертензией,протекающей на фоне бронхоспазма, эмфиземы и хроническогобронхита предпочтение отдается
802. Анаприлину.
803. Атенололу.
804. -Нифедипину.
805. -Верошпирону.
806. Противопоказанием для санаторно-курортного лечения больного ревматоидным артритом является
807. -активность III степени.
808. нарушение функции суставов I степени.
809. -онкозаболевание.
810. -висцеральные поражения с нарушением функции органов.
811. Частота диспансерного наблюдения больных тяжелой формой бронхиальнойастмы составляет
812. 1 раз в 3 месяца.
813. 2 раза в год.
814. 1 раз в 6 месяцев.
815. -Постоянно.
816. Для диспансерного наблюдения выделяют следующие группы больных,страдающих бронхиальной астмой
817. Только легкое и средней степени тяжести течение БА.
818. Только тяжелое течение, включая гормонозависимые формы БА.
819. Только БА в стадии стойкой ремиссии.
820. -Все группы, указанные в пп. 1-3.
821. Больные язвенной болезнью желудка с частыми рецидивамии наличием осложнений наблюдаются участковым врачом-терапевтом
822. 1 раз в 2 месяца.
823. Ежемесячно.
824. 2 раза в год.
825. -4 раза в год.
826. Диспансерные группы больных язвенной болезнью 12-перстной кишки следующие
827. -Часто рецидивирующая язва 12-перстной кишки.
828. -С редкими обострениями язва 12-перстной кишки.
829. -Язва 12-перстной кишки в стадии стойкой ремиссии.
830. Демпинг-синдром.
831. Частота диспансерного наблюдения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки с частыми рецидивами составляет
832. 2 раза в году.
833. Ежемесячно.
834. Еженедельно.
835. -4 раза в году.
836. Наиболее рациональная комбинация препаратов для противорецидивного лечения больных язвенной болезнью 12-перстной кишки с повышенной кислотообразующей функцией является
837. Холинолитик + витамины группы В.
838. -Холинолитик + блокатор Н2-гистаминовых рецепторов+антацид.
839. Антацид + витамины группы В.
840. Антацид + спазмолитик.
841. Перечислите перечень обязательных обследований больных хроническим атрофическим гастритом
842. Гастродуоденоскопия, общий анализ крови.
843. Анализ желудочного сока, общий анализ крови.
844. -Гастродуоденоскопия с биопсией; при показаниях рентгеноскопия желудка, анализ желудочного сока, общий анализ крови, осмотр врача-онколога по показаниям.
845. Анализ желудочного сока, рентгеноскопия желудка.
846. Частота наблюдения больных после перенесенной ревматической лихорадки
847. 1 раз в году.
848. 3 раза в году.
849. -4 раза в году.
850. 1 раз в неделю.
851. Бициллинопрофилактика у больного 16 лет с ревматическим порокомсердца после перенесенной острой ревматической лихорадки
852. 1 раз в год.
853. Не проводится.
854. 2 раза в году.
855. -Круглогодично.
856. Показаниями для снятия с диспансерного учета больных после перенесенной острой ревматической лихорадки
857. Отсутствие активности в течение 5 лет при наличии порока сердца.
858. -Отсутствие активности в течение 5 лет ипорока сердца.
859. Отсутствие активности в течение 2-х лет и порока сердца.
860. Больные после митральной комиссуротомии.
861. Частота наблюдения больных ревматоидным артритом с висцеральными поражениями
862. Еженедельно.
863. 3 раза в году.
864. -4 раза в году.
865. 1 раз в два месяца.
866. Абсолютным противопоказанием в плане рационального питания больных подагрой является
867. Употребление молока.
868. Употребление рыбы.
869. -Употребление алкоголя.
870. Употребление мяса.
871. Базисными препаратами для лечения ревматоидного артрита являются
872. Аспирин.
873. Индометацин.
874. -Метотриксат.
875. -Кризанол.
876. Для длительной терапии подагры применяются
877. Бруфен.
878. -Аллопуринол.
879. Диклофенак.
880. Колхицин.
881. Для выписывания рецептов на лекарственные средства используютсяследующие рецептурные бланки
882. -Рецептурный бланк формы 1.
883. -Рецептурный бланк формы 2.
884. -Рецептурный бланк формы 3.
885. Рецептурный бланк формы 4.
886. На рецептурном бланке формы 1 выписываются
887. Лекарства, отпускаемые из аптеки бесплатно.
888. Лекарства, отпускаемые из аптеки на льготных условиях.
889. Наркотические, ядовитые и сильнодействующие лекарства.
890. -Лекарства, отпускаемые из аптеки за полную стоимость.
891. На рецептурном бланке формы 2 выписываются
892. Лекарства, отпускаемые из аптеки за полную стоимость.
893. Лекарства, отпускаемые из аптеки бесплатно.
894. Лекарства, отпускаемые из аптеки на льготных условиях.
895. -Наркотические лекарственные средства.
896. Нарецептурном бланке формы 3 выписываются
897. -Лекарства, отпускаемые из аптеки бесплатно.
898. -Лекарства, отпускаемые из аптеки на льготных условиях.
899. Лекарства, отпускаемые из аптеки за полную стоимость.
900. Наркотические, ядовитые и сильнодействующие лекарства.
901. Рецепты на получение лекарственных средств на льготных условиях ибесплатно выписываются
902. -Только врачами государственных лечебно-профилактических учреждений в пределах выделенных ассигнований.
903. Самостоятельно практикующими врачами.
904. -Фельдшерами-заведующими фельдшерско-акушерскими пунктами по распоряжению органов управления здравоохранения.
905. Зубными врачами, ведущими самостоятельный амбулаторный прием.
906. Наркотические лекарственные средства выписываются
907. -Только врачами государственных лечебно-профилактических учреждений.
908. Фельдшерами - заведующими фельдшерско-акушерскими пунктами.
909. Самостоятельно практикующими врачами.
910. Зубными врачами, ведущими самостоятельный амбулаторный прием.
911. На латинском языке в рецепте выписываются
912. -Состав лекарственного средства.
913. -Обозначение лекарственной формы.
914. -Обращение врача к фармацевту об изготовлении лекарств.
915. -Обращение врача к фармацевту о выдаче лекарств.
916. Названия ядовитых и наркотических лекарственных средств пишутся в рецепте
917. В конце рецепта.
918. -В середине рецепта.
919. -В начале рецепта, затем название всех остальных ингредиентов.
920. По усмотрению лечащего врача.
921. При выписывании рецептов количество жидких ингредиентов указывается в
922. -Миллилитрах.
923. -Граммах.
924. Только в граммах.
925. Только в миллиграммах.
926. В рецепте запрещается
927. -Использовать сокращениями "внутреннее", "известно" и др.
928. -Допускать исправления.
929. Использовать только латинские рецептурные сокращения.
930. -Допускать рецептурные сокращения близких по наименованиям ингредиентов, не позволяющих установить, какое именно лекарственное средство прописано
931. Прописывая, ядовитые или сильнодействующее лекарственное средство в дозе, превышающее высший едино-кратный прием, врач обязан
932. Указать только дозу этого вещества в цифрах.
933. Указать только дозу этого вещества прописью.
934. Только поставить восклицательный знак.
935. -Написать дозу этого вещества прописью и поставить восклицательный знак.
936. Запрещается выписывать рецепты
937. -На лекарства, не зарегистрированные в РБ.
938. На лекарства, отсутствующие на момент обращения за ними в аптеку.
939. -На лекарства, не разрешенные к медицинскому применению.
940. По просьбе больных и родственников, без осмотра и установления диагноза.
941. Запрещается выписывать рецепты на
942. -Бария сульфат для рентгеноскопии.
943. Кардарон.
944. -Хлорэтил.
945. Этиловый спирт.
946. Рецептурный бланк формы 3 предназначен для выписывания рецептов иотпуска лекарственных средств бесплатно или на льготных условиях (соскидкой) и на этом рецептурном бланке выписывается
947. Не более двух наименований лекарств с указанием дозировки.
948. Одно наименование лекарственного средства с указанием дозировки, количества его цифрами и прописью.
949. -Одно наименование лекарственного средства с указанием дозировки. Количества его цифрами и прописью. Рецепт выписывается в одном экземпляре, заверяется подписью и личной печатью врача, а в отрывном корешке рецепта указывается ФИО больного, его адрес, ФИО лечащего врача, код, номер поликлиники, наименование лекарственного средства, доза и количество.
950. Не более одного лекарственного средства с указанием дозировки, количества его цифрами и прописью, и только инвалидам и участникам ВОВ.
951. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество морфина гидрохлорида
952. -0,1
953. 0,15
954. 0,2
955. 0,25
956. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество омнопона
957. 0,25
958. 0,2
959. -0,1
960. 0,15
961. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество спирта этилового с другими ингредиентами
962. 50,0
963. 75,0
964. 150,0
965. -100,0
966. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующее количество спирта этилового в чистом виде для наложения компрессов
967. 50 мл
968. -100 мл
969. 150 мл
970. 75 мл
971. На рецептурном бланке №3 разрешено выписывать спирта этилового для больных сахарным диабетом I
972. 150,0 96% этилового спирта
973. 100,0 70% этилового спирта
974. -150,0 70% этилового спирта
975. 200,0 70% спирта
976. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество эфедрина гидрохлорида
977. 0,4
978. 0,5
979. -0,6
980. 0,65
981. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество бронхолитина
982. 1 флакон
983. -2 флакона
984. 3 флакона
985. Без ограничений
986. В одном рецепте единовременно разрешается выписать максимально следующееколичество фенобарбитала
987. 0,8
988. 1,0
989. -1,2
990. 1,6
991. Рецепты на эфедрина гидрохлорид, фенобарбитал и другие производныебарбитуровой кислоты в чистом виде и в смеси с другими лекарственнымивеществами для больных с затяжными и хроническими заболеваниями могутвыписываться
992. На курс лечения сроком до 2 месяцев с указанием на рецепте "По специальному назначению".
993. -На курс лечения сроком до 1 месяца с указанием на рецепте "По специальному назначению", скрепленная только личной печатью и подписью лечащего врача, и печатью лечебного учреждения "Для рецептов"
994. На курс лечения сроком до 1 месяца с указанием на рецепте "По специальному назначению", скрепленная только личной печатью и подписью лечащего врача.
995. На неограниченное время с указанием рецепта "По специальному назначению".
996. Для лечения инкурабельных онкологических и гематологических больных количество выписываемых в одном рецепте наркотических лекарственныхсредств может быть увеличено
997. -в 2 раза
998. в 3 раза
999. Нельзя увеличивать дозу
1000. Без ограничений по усмотрению лечащего врача
1001. Количество снотворных лекарственных средств, не относящиеся к производным барбитуровой кислоты, психотропных лекарственных средств, может быть прописано в одном рецепте не более чем на
1002. Курс лечения сроком до 2-х недель.
1003. Курс лечения сроком 3 недель.
1004. -Курс лечения сроком до 1 месяца.
1005. Курс лечения сроком до 1,5 месяца.
1006. Больному ревматоидным артритом можно бесплатно выписать рецепт на
1007. -Диклофенак, преднизолон, метотрексат
1008. Только диклофенак
1009. Только преднизолон
1010. Ксантинол-никотинат
1011. Больному бронхиальной астмой бесплатно можно выписать рецепт на
1012. -Фенотерол
1013. -Сальбутамол, преднизолон
1014. -Бетаметазон
1015. Теофедрин
1016. Больному системной красной волчанкой бесплатно можно выписать рецепт на
1017. -Преднизолон, метотрексат, диклофенак, ксантинола-никотинат, пентоксифиллин
1018. Только преднизолон
1019. Только диклофенак
1020. Только метотрексат
1021. Какие из перечисленных заболеваний могут сопровождаться кровохарканьем
1022. -синдром Гудпасчера
1023. острый плеврит
1024. цирроз печени
1025. -митральный стеноз
1026. -тромбоэмболия легочной артерии
1027. Характерными признаками легочного кровотечения являются
1028. -ярко-красный цвет крови
1029. -не свертываемая пенистая кровь
1030. темная кровь в виде сгустков
1031. кислая реакция крови
1032. Характерными клиническими признаками тромбоэмболии легочной артерии являются
1033. -цианоз
1034. снижение центрального венозного давления
1035. -одышка
1036. -набухание шейных вен
1037. -синусовая тахикардия
1038. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются
1039. -тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей
1040. -ранний послеоперационный период
1041. ранняя активизация в постинфарктном периоде
1042. -митральный стеноз
1043. аортальная недостаточность
1044. Какие из перечисленных исследованийявляются <первоочередными> для уточнения диагноза тромбоэмболии легочной артерии
1045. анализ мокроты
1046. -ЭКГ
1047. коагулограмма
1048. -рентгенография грудной клетки
1049. проба Тиффно
1050. К числу <неотложных> диагностических мероприятий при подозрении натромбоэмболию легочной артерии наобходимо отнести
1051. анализ мокроты
1052. -ЭКГ
1053. исследование функции внешнего дыхания
1054. -рентгенографию грудной клетки
1055. -ангиопульмонографию
1056. К числу неотложных мероприятий при лечении тромбоэмболии легочной артерии необходимо отнести
1057. управляемую гипотонию
1058. назначение бета-адреноблокаторов
1059. -введение гепарина
1060. -введение стрептокиназы
1061. -ингаляцию кислорода
1062. Электрокардиографическими признаками,указывающими на <возможность> развития тромбоэмболии легочной артерии, являются
1063. отклонения электрической оси влево
1064. -блокада правой ножки пучка Гиса
1065. -выраженные Q III и Q AVF
1066. "митральный" Р
1067. -отрицательный Т III
1068. Пневмоторакс может возникать при
1069. -буллезной эмфиземе легкого
1070. острой пневмонии
1071. инфильтративном туберкулезе легких
1072. эксудативном плеврите
1073. -катетеризации V.Subclavia
1074. Какие симптомы являются характерными для спонтанного пневмоторакса
1075. -связь с физической нагрузкой
1076. медленно нарастающий дискомфорт за грудиной
1077. -холодный пот
1078. -боль, усиливающаяся при дыхании
1079. боль, снимаемая приемом нитроглицерина
1080. Факторами,предрасполагающими к развитию астматического статуса, являются
1081. -обострение хронического бронхита
1082. -проведение диагностических скарификационных проб
1083. злоупотребление эуфиллином
1084. -отмена гормональной терапии
1085. -острая респираторная вирусная инфекция
1086. Для развития астматического статуса характерно
1087. -нарастающее по интенсивности удушье
1088. хороший эффект бета-2-адреностимуляторов
1089. продуктивный кашель
1090. -исчезновение хрипов и дыхательных шумов над легкими
1091. притупление перкуторного тона
1092. <Первоочередными> мерами при тяжелом астматическом статусе являются
1093. введение адреналина
1094. ингаляция сальбутамола
1095. -введение эуфиллина
1096. -введение преднизолона или гидрокортизона
1097. ограничение инфузионной терапии
1098. -ингаляция увлажненного кислорода
1099. Признаками,свидетельствующими о разрешении астматического статуса, являются
1100. прекращение отхождения мокроты
1101. появление "немого" легкого
1102. -ослабление чувства удушья
1103. -появление продуктивного кашля
1104. При каких из перечисленных состояний более вероятно развитие спонтанного пневмоторакса
1105. инфильтративный туберкулез легких
1106. пневмококковая пневмония
1107. -буллезная эмфизема легких
1108. коклюш
1109. микоплазменная пневмония
1110. Все перечисленное является харатерным для 2-й стадии астматическогостатуса, <за исключением>
1111. выраженной тахикардии
1112. повышенного уровня рСО2
1113. появления зон "немого" легкого
1114. рО2 ниже 6O мм рт.ст
1115. -появления парадоксального пульса
1116. Какие из утверждений справедливы для астматического статуса
1117. -ингаляции бета-адреномиметиков неэффективны
1118. -применение наркотических анальгетиков противопоказано
1119. необходимо проводить дегидратационную терапию
1120. глюкокортикоиды противопоказаны при сочетании с сахарным диабетом
1121. для купирования статуса эффективен интал
1122. Для 2-й стадии астматического статуса<характерным> симптомом является
1123. -"немые" зоны в легком
1124. усиление кашля
1125. гипокапния
1126. появление периодического дыхания
1127. дыхание Куссмауля
1128. При анафилактической форме астматического статуса
1129. -показано введение адреналина
1130. адреномиметики противопоказаны во всех формах
1131. -необходима интенсивная кортикостероидная терапия
1132. ИВЛ противопоказана
1133. -целесообразно введение эуфиллина и антигистаминных препаратов
1134. Что из перечисленного наиболее информативно<для подтверждения> диагноза при подозрении на спонтанный пневмоторакс
1135. исследовать газовый состав крови
1136. провести ультразвуковое исследование грудной клетки
1137. снять ЭКГ для выявления признаков перегрузки правых отделов сердца
1138. -сделать рентгенограмму грудной клетки
1139. провести диагностическую плевральную пункцию
1140. Показаниями для искусственной вентиляции легких при астматическом статусе является
1141. -pO2 в артериальной крови ниже 5O мм рт.ст.
1142. -повышение pCO2 в артериальной крови выше 6O мм рт.ст.
1143. -утрата сознания
1144. Какое из нижеперечисленных утверждений является <ошибочным> в отношении астматического статуса
1145. характерным является прогрессирующее повышение парциального напряжения СО2 в артериальной крови
1146. в патогенезе астматического статуса существенное значение имеет функциональная блокада бета-рецепторов
1147. кортикостероиды должны использоваться как можно раньше
1148. -синусовая тахикардия является абсолютным показанием для введения бета-адреноблокаторов
1149. при проведении интенсивной терапии необходим контроль гематокрита
1150. Для лечения больного в астматическом статусе используется все перечисленное,<за исключением>
1151. кислородотерапии
1152. эуфиллина
1153. кортикостероидов
1154. -интала
1155. вибрационного массажа
1156. В результате определенного патологического процесса у больного наступило уплотнение альвеоллярно-капиллярной мембраны. Диффузия какого газа уменьшится в результате этого в наибольшей степени
1157. -кислорода
1158. углекислого газа
1159. диффузия кислорода и углекислого газа уменьшится в одинаковой степени
1160. уплотнение мембраны не отразится на диффузии газов
1161. Какие препараты <противопоказаны> при астматическом статусе, связанном с передозировкой адреномиметиков
1162. -адреналин
1163. -орципреналина сульфат
1164. -изадрин
1165. эуфиллин
1166. гидрокортизон
1167. Какие из перечисленных состояний могут сопровождаться "ложным" кровохарканьем
1168. -абсцесс миндалины
1169. бронхоэктатическая болезнь
1170. -истерия
1171. -скорбут (цинга)
1172. синдром Гудпасчера
1173. У больного со спонтанным пневмотораксом появились:- признаки сердечно-сосудистой недостаточности,- смещение органов средостения в противоположную сторону,- уменьшение вентиляции здорового легкого.Какое осложнение, вероятнее всего, имеет место
1174. флегмона средостения
1175. флегмона шеи
1176. -развитие напряженного пневмоторакса
1177. подкожная эмфизема
1178. У 64-летней женщины с ожирением на 4-е сутки после холецистэктомии внезапно появились интенсивные, "плеврального" характера боли в левой половине грудной клетки.Что из перечисленного<наиболее> информативно в плане подтверждения диагноза тромбоэмболии легочной артерии
1179. -ангиопульмонограмма с признаками сосудистого дефекта
1180. повышение активности лактатдегидрогеназы и билирубина при нормальной активности аланинаминотрасферазы
1181. парциальное давление кислорода в артериальной крови 6O мм рт.ст.
1182. рентгенограмма легких со сгущением легочного рисунка
1183. отклонение электрической оси вправо на ЭКГ
1184. Индекс Тиффно является показателем:
1185. общей жизненной емкости легких
1186. показателем альвеолярной вентиляции
1187. -состояния бронхиальной проходимости
1188. эффективности вентиляции
1189. максимального потребления кислорода
1190. Убедительными критериями диагностики острого бронхита является:
1191. -клинические данные
1192. данные общего анализа крови
1193. данные биохимического анализа крови
1194. исследование мокроты
1195. рентгенологические изменения в легких
1196. Появление одышки при хроническом обструктивном бронхите обусловлено поражением:
1197. трахеи
1198. крупных бронхов
1199. бронхов среднего калибра
1200. мелких бронхов
1201. -бронхиол
1202. Показаниями для лечения хронического бронхита антибиотиками служит:
1203. плохие погодные условия
1204. выделение слизистой мокроты
1205. -выделение гнойной мокроты
1206. усиление одышки
1207. антибиотики применять не следует
1208. Легкое течение хронического бронхита в стадии ремиссии характеризуется:
1209. наличием интоксикации
1210. -отсутствием физикальных изменений со стороны легких
1211. наличием признаков дыхательной недостаточности
1212. умеренным кашлем с выделением мокроты
1213. нарушением работоспособности
1214. Назовите основные клинические проявления бронхиальной астмы:
1215. -приступ удушья
1216. -приступ кашля
1217. -приступ затруднения дыхания
1218. приступ потери сознания
1219. Назовите состояния, относящиеся к первичной гиперреактивности бронхов:
1220. -астма физического усилия
1221. -аспириновая астма
1222. адренергический вариант
1223. вагусзависимая астма
1224. Какие утверждения <верны> в отношении бронхиальной астмы?
1225. -требует постоянного лечения
1226. -гиперреактивность бронхов является обязательным признаком бронхиальной астмы
1227. всегда имеется аллергия к каким-либо аллергенам
1228. -даже в период ремиссии в бронхах имеются признаки воспаления
1229. основным методом лечения является регулярный прием В2-агонистов
1230. Наиболее частые причины смерти больных с бронхиальной астмой:
1231. -астматический статус
1232. -передозировка симпатомиметиков
1233. острая сердечная недостаточность
1234. развитие острой эмфиземы легких
1235. Частое внелегочное осложнение острой пневмонии
1236. -инфекционно-токсический шок
1237. гепатит
1238. менингит
1239. гипергликемия
1240. Одним из компонентов аспириновой триады является:
1241. гайморит
1242. тонзиллит
1243. -полипоз носа
1244. бронхит
1245. пневмония
1246. Аллергическую форму бронхиальной астмы характеризуют реакции:
1247. цитотоксического типа
1248. -реагинового типа
1249. все виды аллергических реакций
1250. замедленной аллергии
1251. повреждение иммунными комплексами
1252. Какие клетки принимают основное участие в развитии воспаления прибронхиальной астме:
1253. -эозинофилы
1254. -тучные клетки
1255. -нейтрофилы
1256. -Т-лимфоциты
1257. -тромбоциты
1258. эритроциты
1259. Антагонисты кальция наиболее выраженный эффект оказывают при
1260. аллергической астме
1261. неаллергической астме
1262. смешанной астме
1263. -астме физического усилия
1264. аспириновой астме
1265. Препаратами для предупреждения приступов бронхиальной астмы являются
1266. -ингаляционные глюкокортикоиды
1267. бета2-агонисты короткого действия
1268. антагонисты кальция
1269. глюкокортикоиды в/вено
1270. Задача по повышению уровня рождаемости согласно демографической политики РФ до 2025 года включает в себя:

1.Поддержку семей, имеющих детей

2. Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей

3. Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей, в  
форме предоставления материнского (семейного) капитала, масштабное  
строительство доступного жилья для семей с детьми

4. Развитие ипотечного кредитования

5. Реализацию региональных программ, обеспечение жильём молодых семей

1. Верно всё

993. Факторами, обусловливающими объем медицинской помощи в по­ликлинике, могут быть все, кроме:

1. Характеристики врачебного участка

2. Обеспеченности населения койками стационара по специальностям

3. Заболеваемости населения

4.Укомплектованности врачебными кадрами

5. Функции врачебной должности

6. Всё перечисленное верно

994. В Российской Федерации признаются формы собственности, кроме:

1. Государственной

2. Муниципальной

3. Частной

4. Вечных прав на имущество лиц (фактически и юридически)

995. Штатные нормативы - это:

а) Объем работы персонала учреждения

6) Затраты труда на определенный объем работы

в) Нормативы численности персонала

г) Расчетные нормы времени

д) Расчетные нормы нагрузки (обслуживание)

996. Необходимая информация для составления штатного расписания  
ЛПУ:

1) нормы нагрузки персонала;

2) планируемые объемы деятельности;  
3) численность обслуживаемого контингента;

4) организационные формы работы учреждения;

5) перспективы заболеваемости обслуживаемого контин­гента

997. Медицинская документация содержит сведения о:

а) Коммерческой деятельности медицинского учреждения

б) Состоянии здоровья населения и отдельных лиц, объемах и качестве оказываемой медицинской помощи

в) Хозяйственной деятельности медицинского учреждения

г) Перспективах развития служб здравоохранения

д) Финансовых ресурсах медицинского учреждения

998. Медицинская документация необходима для:

а) Определения потребности населения в медицинской помощи и ее планировании, организации и управлении службами здравоохранения

б) Бюрократизации здравоохранения

в) Определения потребностей медицинского учреждения

г) Ведения финансово-коммерческой деятельности медицинского учреждения

999. Право на информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство предоставлено:

а) Пациенту, достигшему 18 лет б) Пациенту, достигшему 17 лет

в) Пациенту, достигшему 15 лет г) Пациенту, достигшему 14 лет

д) Пациенту, достигшему 16 лет

1000. Под врачебной тайной понимаются:

а) Сведения о состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания

б) Сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоро­вья гражданина

в) Сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении

г) Сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания

д) Все сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

1001**.** Сочетание боли в грудной клетке с набуханием шейных вен маловероятно:

 1) при тромбоэмболии легочной артерии

 2) разрыве межжелудочковой перегородки

 3) гемотампонаде сердца

 4) инфаркте миокарда правого желудочка

 5) расслаивающей аневризме аорты

1002. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа боли за грудиной помимо стенокардии отмечается также:

 1) при стенозе устья аорты

 2) нейроциркуляторной дистонии

 3) пролапсе митрального клапана

 4) остром перикардите

 5) грыже пищеводного отверстия диафрагмы

1003. Наиболее типичным эквивалентом стенокардии является:

 1) тошнота, рвота

 2) одышка

 3) общая слабость

 4) озноб

 5) нарушение ритма сердца

1004. Наиболее характерным признаком стенокардии Принцметала является:

 1) появление боли за грудиной во время физической нагрузки

 2) быстрый эффект от приема нитроглицерина

 3) появление боли за грудиной ночью во время сна

 4) депрессия сегмента ST на электрокардиограмме более 2 мм от изолинии

 5) появление ангинозного приступа при переходе больного в горизонтальное положение

1005. Типичным клиническим вариантом инфаркта миокарда является:

 1) абдоминальный

 2) аритмический

 3) ангинозный

 4) астматический

 5) цереброваскулярный

1006. Наиболее частой причиной смерти больных инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является:

 1) кардиогенный шок

 2) отек легких

 3) фибрилляция желудочков

 4) гемотампонада сердца

 5) полная атриовентрикулярная блокада

1007. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только:

 1) при трепетании предсердий

 2) фибрилляции предсердий

 3) наджелудочковой тахикардии

 4) желудочковой тахикардии

 5) фибрилляции желудочков

1008. Характерным электрокардиографическим признаком гипокалиемии является:

 1) появление высокоамплитудных зубцов Т

 2) удлинение интервала QT

 3) подъем сегмента ST над изолинией

 4) развитие блокады ножек пучка Гиса

 5) укорочение интервала PQ

1009. Из перечисленных видов брадикардии наиболее рефрактерна к введению атропина:

 1) синусовая брадикардия

 2) синоаурикулярная блокада 2 : 1

 3) атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II варианта 2 : 1

 4) проксимальная форма полной атриовентрикулярной блокады

 5) дистальная форма полной атриовентрикулярной блокады

1010. Усиленная пульсация сонных артерий наблюдается у больных:

 1) с аортальным стенозом

 2) недостаточностью клапанов аорты

 3) недостаточностью митрального клапана

 4) недостаточностью трехстворчатого клапана

 5) недостаточностью клапанов легочной артерии

1011. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом, является:

 1) эналаприлат

 2) нитропрепарат

 3) верапамил

 4) дибазол

 5) магния сульфат

1012. Основной источник тромбоэмболии легочной артерии — это:

 1) глубокие вены голеней

 2) бедренная вена

 3) вены малого таза

 4) вены верхних конечностей

 5) верхняя полая вена

1013. При развитии клинически выраженной гиперкапнии на фоне астматического статуса рациональной тактикой является:

 1) применение дыхательных аналептиков

 2) усиление регидратационной терапии

 3) начало искусственной вентиляции легких

 4) внутривенное введение раствора натрия гидрокарбоната

 5) подкожное введение атропина

1014. Характерным признаком гипогликемической комы является:

 1) постепенное развитие

 2) снижение тонуса глазных яблок

 3) гиповолемия

 4) влажность кожных покровов

 5) дыхание Куссмауля

1015. При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан:

 1) амиодарон

 2) верапамил

 3) пропранолол

 4) каптоприл

 5) магния сульфат

1016. При введении наркотических анальгетиков:  
1) увеличивается глубина дыхания;  
2) учащается дыхание;  
3) развивается тахикардия;  
4) развивается мидриаз;  
5) купируется бронхоспазм.

1017. Глюкокортикоидные гормоны противопоказаны:  
1) при аллергическом отеке гортани;  
2) тиреотоксическом кризе;  
3) спинальном шоке;  
4) диабетической кетоацидотической коме;  
5) токсическом отеке легких.

1018. Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является:  
1) отсутствие пульса на сонных артериях;  
2) отсутствие самостоятельного дыхания;  
3) широкие зрачки;  
4) неопределяемое артериальное давление;  
5) асистолия на электрокардиограмме.

1019. При проведении двумя реаниматорами реанимационного пособия взрослому без интубации трахеи соотношение закрытого массажа сердца и искусственного дыхания составляет:  
1) 30 к 2;  
2) 15 к 2;  
3) 10 к 1;  
4) 5 к 1;  
5) 1 к 1.

1020. Алгоритм реанимационного пособия при фибрилляции желудочков совпадает с лечебной тактикой:  
1) при асистолии;  
2) желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях;  
3) электромеханической диссоциации с полной атриовентрикулярной блокадой на мониторе электрического дефибриллятора;  
4) электромеханической диссоциации с синусовой тахикардией на мониторе электрического дефибриллятора;  
5) электромеханической диссоциации с идиовентрикулярным ритмом на мониторе электрического дефибриллятора.

1021. Введение препаратов кальция во время реанимационных мероприятий:  
1) показано в любом случае;  
2) показано при асистолии, обусловленной гипокалиемией;  
3) показано при остановке сердца, вызванной передозировкой антагонистов кальция;  
4) показано всегда при фибрилляции желудочков;  
5) противопоказано в любом случае.

1022. Стридорозное дыхание характерно:  
1) для обструкции верхних дыхательных путей;  
2) бронхоспазма аллергического генеза;  
3) острой сердечной недостаточности;  
4) приступа бронхиальной астмы;  
5) отравления угарным газом.

1023. Ингаляция кислорода противопоказана на догоспитальном этапе:  
1) при бронхоастматическом статусе;  
2) отравлении угарным газом;  
3) отравлении хлором;  
4) закрытом пневмотораксе;  
5) диабетической кетоацидотической коме.

1024. Гемодинамические нарушения первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока обусловлены:  
1) снижением сократительной способности миокарда;  
2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения;  
3) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения;  
4) первичным снижением объема циркулирующей крови;  
5) первичным снижением сосудистого тонуса.

1025. Гемодинамические нарушения при геморрагическом шоке обусловлены:  
1) снижением сократительной способности миокарда;  
2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения;  
3) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения;  
4) первичным снижением объема циркулирующей крови;  
5) первичным снижением сосудистого тонуса.

1026. Догоспитальную инфузионную терапию целесообразно начинать с введения коллоидного препарата при выраженной артериальной гипотензии, обусловленной:  
1) перегреванием тяжелой степени;  
2) острой кишечной инфекцией;  
3) декомпенсированным геморрагическим шоком;  
4) истинным кардиогенным шоком;  
5) анафилактическим шоком.

1027.У больного 45 лет имеется поверхностный ожог всей передней половины туловища, задней и передней поверхности левого бедра. Согласно "правила девяток", общая площадь поражения по отношению к поверхности тела составляет

а) 9%

б) 18%

в) -27%

г) 36%

д) 45%

1113. Мужчина 60 лет, выезжая из гаража на машине, обернулся назад и на короткое время потерял сознание. Раньше были редкие обмороки (например, во время бритья). ЭКГ без особенностей. Пульс на лучевых артериях различается по напряжению и силе.

а) Брадикардия.

б) -Симптом каротидного синуса.

в) Тромбоэмболия легочной артерии.

г) Внематочная беременность.

д) Гипогликемия.

1028. У женщины 43 лет, получающей заместительную терапию, после операции по поводу удаления некротизированного фиброматозного узла внезапно развился обморок утром, после вставания с постели. Наблюдается одышка, боль в левой половине грудной клетки. На ЭКГ — в I отведении глубокий зубец S, в III отведении — глубокий Q.

а) Брадикардия.

б) Симптом каротидного синуса.

в)-Тромбоэмболия легочной артерии.

г) Внематочная беременность.

д) Гипогликемия.

1029. Женщина 67 лет упала в обморок на кухне во время приготовления обеда. Раньше не теряла сознание, страдает ИБС и гипертензией с высокими цифрами АД. На ЭКГ синусовая брадикардия 50 в 1 минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

а) -Брадикардия.

б) Симптом каротидного синуса.

в) Тромбоэмболия легочной артерии.

г) Внематочная беременность.

д) Гипогликемия.

1030. Женщина 25 лет, незамужняя, потеряла сознание на работе. Жалуется на боли в животе. Анамнез без особенностей. Не отрицает задержку месячных. На ЭКГ — синусовая тахикардия до 120 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст.

а) Брадикардия.

б) Симптом каротидного синуса.

в) Тромбоэмболия легочной артерии.

г) Внематочная беременность.

д) -Гипогликемия.

1031. К субъектам обязательного медицинского страхования относятся все перечисленные субъекты, кроме

а) гражданина (страхуемого)

б) страхователя (работодателя или местной администрации)

в) страховой медицинской организации (страховщика)

г)- врачебной ассоциации

д) медицинского учреждения

1032. Заболеваемость (распространенность) по отдельным классам и группам болезней определяется как

а) (число вновь выявленных заболеваний данного диагноза)/(средняя численность населения) х1000

б)- (число всех зарегистрированных заболеваний данного диагноза)/(средняя численность населения) х1000

1033. Структурой заболеваемости называется

а)- удельный вес (%) зарегистрированных заболеваний различными классами болезнен и отдельными болезнями по отношению к общему числу заболевании, принимаемому за 100%

б) число вновь выявленных заболеваний различными классами болезней или отдельными болезнями, отнесенное к средней численности населения

***Медицинская психология в ОВП. Пациент с нарушениями психики в ОВП***

**1. Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует  
утверждению**

Варианты ответов  
1 активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне  
интоксикации (балл - 9)  
2 неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации (балл - 0)  
3 неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы (балл - 0)  
4 стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абузуса (балл - 0)

**2. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают  
все перечисленное, кроме**

Варианты ответов  
1 изменения суждений больного (балл - 0)  
2 направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер (балл - 0)  
3 доминирующего характера поведения (балл - 0)  
4 формирования жизненных позиций под влиянием влечения (балл - 0)  
5 сохранения критики к своему состоянию и окружающему (балл - 9)

**3. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельст-  
вующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все  
перечисленные, кроме**

Варианты ответов  
1 ощущения общего недомогание, слабости (балл - 0)  
2 изменения аппетита (балл - 0)  
3 ощущения жажды (балл - 0)  
4 потливости (балл - 0)  
5 уменьшения частоты курения (балл - 9)

**4. Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алко-  
голю характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 появления на начальных стадиях заболевания (балл - 0)  
2 связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности) (балл - 0)  
3 оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя (балл - 0)  
4 невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм (балл - 9)

**5. Для симптома спонтанно-возникающего первичного патологического вле-  
чения с борьбой мотивов характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 влечения, которое осознается больным со всей определенностью (балл - 0)  
2 появления на этапе I-II, II ст. заболевания (балл - 0)  
3 попыток больного бороться с желанием выпить (балл - 0)  
4 постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка) (балл - 9)

**6. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения  
без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 появления уверенности в возможности "нормальной выпивки" (балл - 9)  
2 оживления в ответ на алкогольные раздражители (балл - 0)  
3 поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя (балл - 0)  
4 изменения аппетита (балл - 0)  
5 ощущения внутренней физической тяжести (балл - 0)

**7. Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером  
неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая**  
Варианты ответов  
1 отчетливое желание выпить (балл - 0)  
2 ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке (балл - 0)  
3 злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя (балл - 0)  
4 тревогу, ожидание беды, неприятностей (балл - 9)

**8. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возни-  
кающего на фоне "пограничных состояний", характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями (балл - 0)  
2 снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта (балл - 0)  
3 резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением (балл - 0)  
4 отчетливого желания выпить (балл - 9)

**9. Симптомом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения  
(так называемое "вторичное влечение") характеризуется следующее опьянение**  
Варианты ответов  
1 неспособность больного алкоголизмом ограничиться количеством спиртных напитков (балл - 0)  
2 активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (например, в ремиссии) (балл - 9)  
3 возможность прекратить употребление алкоголя в связи с различными препятствиями (балл - 0)  
4 способность прекратить употребление алкоголя в пределах алкогольного эксцесса после приема "критической" дозы (балл - 0)  
 **10. Симптом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения с  
утратой количественного и ситуационного контроля характеризует все перечис-  
ленное, кроме**

Варианты ответов  
1 возникновения неодолимого влечения к алкоголю после любой, даже незначительной (которая может и не вызвать опьянения) дозы (балл - 0)  
2 пренебрежения принятым нормам в отношении времени и места употребления алкоголя (балл - 0)  
3 приобретения алкоголя любыми средствами (балл - 0)  
4 возможности прекращения употребления алкоголя в связи с социально-этическими препятствиями (балл - 9)

**11. Для синдрома физической зависимости при алкоголизме характерно все  
перечисленное, кроме**

Варианты ответов  
1 интенсивного влечения к опохмелению (балл - 0)  
2 употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса (балл - 0)  
3 желания вернуть "привычную работоспособность". (балл - 9)  
4 стремления снять аффективную напряженность (балл - 0)  
5 употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств  
(влечение к алкоголю в состоянии похмелья) (балл - 0)

**12. В динамике алкоголизма формирование абстинентного синдрома происходит  
на этапе**

Варианты ответов  
1 систематического употребления алкоголя (балл - 0)  
2 в I стадии заболевания (балл - 0)  
3 при переходе во II стадию (балл - 9)  
4 во II стадии заболевания (балл - 0)

**13. В структуре формирующегося алкогольного абстинентного синдрома  
преобладает группа расстройств**  
Варианты ответов  
1 психических (балл - 0)  
2 вегетативно-астенических (балл - 9)  
3 психоорганических (балл - 0)  
4 неврологических (балл - 0)

**14. Для алкогольного абстинентного синдрома с вегетативно-астеническими  
расстройствами характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 потливости (балл - 0)  
2 тахикардии (балл - 9)  
3 сухости во рту (балл - 0)  
4 тремора пальцев рук (балл - 0)  
5 нерезко выраженной астении (балл - 0)

**15. Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все  
перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 выраженного гипергидроза (балл - 0)  
2 генерализованного тремора (балл - 0)  
3 тревожно-параноидной установки (балл - 0)  
4 гипертензии, болей в сердце (балл - 0)  
5 менингеальных симптомов (балл - 9)

**16. Для абстинентного алкогольного синдрома с судорожным компонентом  
обязательно наличие следующих симптомов, за исключением**  
Варианты ответов  
1 тремора, гипергидроза (балл - 0)  
2 идеи ревности (балл - 9)  
3 развернутых или абортивных судорожных припадков (балл - 0)  
4 тревожно-тоскливого фона настроения (балл - 0)  
5 головных болей (балл - 0)

**17. Для судорожных припадков в структуре алкогольного абстинентного син-  
дрома, в отличие от эпилепсии, характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 преобладания тонической фазы в картине припадка (балл - 0)  
2 стереотипности припадков (балл - 0)  
3 развития психомоторного возбуждения после припадка (балл - 9)  
4 отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений (балл - 0)

**19. Для купирования алкогольного абстинентного синдрома целесообразно  
назначение всех перечисленных лекарственных средств, кроме**  
Варианты ответов  
1 тиосульфата натрия (балл - 0)  
2 витаминов (группы В) (балл - 0)  
3 магния сульфата (балл - 0)  
4 ноотропила (балл - 0)  
5 уротропина (балл - 9)

**20. Изменения личности при алкоголизме обусловлены**  
Варианты ответов  
1 токсическим действием алкоголя и его метаболитов (балл - 0)  
2 преморбидными характерологическими особенностями индивидуума (балл - 0)  
3 психореактивными моментами (балл - 0)  
4 всем перечисленным (балл - 9)

**21. Сомато-неврологическая патология при хронической интоксикации алко-  
голем обусловлена всем перечисленным, кроме**  
Варианты ответов  
1 преморбидного состояния органов и систем индивидуума . (балл - 9)  
2 гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов (балл - 0)  
3 ферментных нарушений в тканях (балл - 0)  
4 нарушения обмена ацетилхолина (балл - 0)  
5 нарушения обмена катехоламинов (балл - 0)

**22. Семьи подростков, больных алкоголизмом, характеризуются всем пере-  
численным, исключая**  
Варианты ответов  
1 отсутствие одного из родителей (балл - 0)  
2 конфликтно-нестабильные отношения в семье (балл - 0)  
3 нарушение межличностных отношений, отсутствие поддержки (балл - 0)  
4 соматическую отягощенность (балл - 9)

**23. К факторам, наиболее благоприятствующим привыканию подростков к  
употреблению алкогольных напитков, относятся все перечисленные, кроме**  
Варианты ответов  
1 наличия органической церебральной недостаточности (балл - 0)  
2 неблагоприятного микросоциального окружения (пьянства родителей) (балл - 0)  
3 наследственной отягощенности алкоголизмом (балл - 0)  
4 определенного характерологического склада (внушаемости, бездуховности, слабости волевой сферы) (балл - 0)  
5 материальных затруднений в семье (балл - 9)

**24. Постинтоксикационные состояния у подростков преимущественно выра-  
жаются**   
Варианты ответов  
1 психической и двигательной заторможенностью при незначительной астении (балл - 0)  
2 рвотой, тошнотой (балл - 0)  
3 расстройствами со стороны сердечно-сосудистой системы (балл - 9)  
4 выраженной сонливостью (балл - 0)

**25. Для синдрома психической зависимости при алкоголизме у подростков  
характерно все перечисленное, исключая**  
Варианты ответов  
1 формирование на этапе систематического пьянства (балл - 0)  
2 отсутствие "борьбы мотивов" (балл - 0)  
3 полную некритичность к изменяющемуся влечению (балл - 0)  
4 выраженность идеаторного компонента (балл - 9)  
5 актуализацию влечения к алкоголю внешней средой, окружением (балл - 0)

**26. Характерной особенностью потребления алкоголя подростками является**  
Варианты ответов  
1 псевдозапойная форма (балл - 0)  
2 коллективная форма употребления алкоголя (балл - 0)  
3 отсутствие какой-либо системы (места и времени) в приеме алкоголя (балл - 0)  
4 потребление алкоголя в конце недели (балл - 0)  
5 все перечисленное, кроме 4) (балл - 9)

**27. Симптом утраты количественного и ситуационного контроля у больных  
алкоголизмом подростков отражает**  
Варианты ответов  
1 интенсивность вторичных форм влечения (балл - 0)  
2 прогредиентность заболевания (балл - 0)  
3 снижение интеллекта (балл - 0)  
4 влияние группы, ее моральное и иерархическое давление . (балл - 9)

**28. Абстинентный синдром у подростков, страдающих алкоголизмом, харак-  
теризуется**

Варианты ответов  
1 кратковременностью (балл - 0)  
2 невыраженностью соматовегетативных расстройств, отсутствием тремора (балл - 0)  
3 сходством с состоянием постинтоксикации у взрослых (балл - 0)  
4 понижением настроения с раздражительностью (балл - 0)  
5 всем перечисленным (балл - 9)

**29. К признакам раннего алкоголизма относится все перечисленное, за иск-  
лючением**

Варианты ответов  
1 систематического злоупотребления алкоголем (балл - 0)  
2 деградации личности с эйфорической установкой (балл - 9)  
3 роста толерантности (балл - 0)  
4 синдрома психической и физической зависимости (балл - 0)  
5 синдрома последствий хронической интоксикации (балл - 0)

**30. К факторам, способствующим развитию алкоголизма в пожилом возрасте,  
относятся**

Варианты ответов  
1 изменение социального стереотипа (балл - 0)  
2 нарушение привычного микросоциального окружения (балл - 0)  
3 физический и психический дискомфорт (балл - 0)  
4 переоценка жизненных ценностей, разочарованность прошлым и настоящим (балл - 0)  
5 все перечисленные факторы не имеют значения в становлении алкоголизма . (балл - 9)

**31. Алкоголизм, начавшийся в позднем возрасте, характеризуется**  
Варианты ответов  
1 замедленным течением с ограничением клинической картины симптомами I стадии . (балл - 9)  
2 ускоренным течением с ранним появлением специфических алкогольных изменений (балл - 0)  
3 течением, мало отличающимся от популяционного (балл - 0)  
4 единой точкой зрения нет (балл - 0)

**33. Среди женщин, больных алкоголизмом, преобладают лица, занятые**  
Варианты ответов  
1 в торговле, сфере услуг. (балл - 9)  
2 в промышленности (балл - 0)  
3 в здравоохранении (балл - 0)  
4 в народном образовании (балл - 0)

**34. Алкоголизм у женщин развивается наиболее быстро в возрастной группе**  
Варианты ответов  
1 17-25 лет (балл - 9)  
2 25-30 лет (балл - 0)  
3 30-50 лет (балл - 0)  
4 старше 50 лет (балл - 0)

**35. В отличии от алкоголизма мужчин, у женщин**  
Варианты ответов  
1 заболевание формируется ускоренно (балл - 0)  
2 соматическая патология тяжелее и развивается быстрее (балл - 0)  
3 курабельность заболевания худшая (балл - 0)  
4 чаще развиваются психозы (балл - 0)  
5 верно все перечисленное, кроме 4) (балл - 9)

**36. С учетом темпа прогредиентности алкоголизма у женщин различают ал-  
коголизм**

Варианты ответов  
1 умеренно прогредиентный (балл - 0)  
2 высоко прогредиентный (балл - 0)  
3 мало прогредиентный (балл - 0)  
4 верно все перечисленное (балл - 9)

**37. Понятие "ремиссии при алкоголизме" наиболее полно и клинически верно  
отражает следующее утверждение**  
Варианты ответов  
1 ремиссия - форма проявления болезни в отсутствии интоксикации (балл - 9)  
2 ремиссия - полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков не менее 1 месяца с сохранением в латентном состоянии всех расстройств, свойственных алкоголизму (балл - 0)  
3 ремиссия - полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков в интервалах между запоями (балл - 0)  
4 ни одно из приведенных определений не верно (балл - 0)

**38. "Спонтанные ремиссии" с учетом динамики заболевания чаще всего  
проявляются на этапе**  
Варианты ответов  
1 I стадии (балл - 0)  
2 I-II стадии (балл - 0)  
3 II стадии (балл - 9)  
4 II-III стадии (балл - 0)  
5 III стадии (балл - 0)

**39. Терапевтические ремиссии при алкоголизме обусловлены**  
Варианты ответов  
1 лечебно-реабилитационными мероприятиями (балл - 0)  
2 присоединением какого-либо соматического или неврологического заболевания (балл - 0)  
3 микросоциальными факторами (балл - 0)  
4 возрастными особенностями (балл - 0)  
5 всем перечисленным (балл - 9)

**40. К превходящим (так называемым экзогенным) факторам, влияющим на  
продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся**  
Варианты ответов  
1 состояние эмоционального перенапряжения (разного рода психогенные факторы) (балл - 0)  
2 случайное употребление алкоголя (балл - 0)  
3 "ревизия" лечения (балл - 0)  
4 тяжелые соматические, неврологические и другие сопутствующие заболевания (балл - 0)  
5 все перечисленные (балл - 9)

**41. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжи-  
тельность и устойчивость ремиссий, относится**

Варианты ответов  
1 установка больного на лечение (наличие или отсутствие таковой) (балл - 0)  
2 степень выраженности алкогольной анозогнозии (балл - 0)  
3 перестройка мотивации поведения (балл - 0)  
4 все перечисленное (балл - 9)  
5 ничего из перечисленного (балл - 0)

**42. Понятие рецидив при алкоголизме включает в себя все перечисленное,  
кроме**

Варианты ответов  
1 возобновления употребления алкоголя, вызванного актуализацией первичного патологического влечения к алкоголю (балл - 0)  
2 возобновления употребления алкоголя, вызванного так называемой сухой абстиненцией (балл - 0)  
3 употребления алкоголя, не повлекшего за собой развитие болезненных симптомов (балл - 9)  
4 употребления алкоголя с целью улучшить свое психическое состояние,  
повлекшего развитие болезненных симптомов (балл - 0)

**43. Основными задачами психотерапевтического кабинета общесоматической  
поликлиники являются**

Варианты ответов  
1 консультативно-диагностический отбор больных для лечения в кабинете (балл - 0)  
2 оказание медицинской помощи психотерапевтическими методами, при необходимости - в комбинации с медикаментозными и физическими методами лечения (балл - 0)  
3 и то, и другое (балл - 9)  
4 ни то, ни другое (балл - 0)

**44. К изменениям кожных покровов при алкоголизме относится все перечис-  
ленное, кроме**

Варианты ответов  
1 расширения поверхностных сосудов кожи (балл - 0)  
2 гиперемии кожи лица (балл - 0)  
3 трофических язв (балл - 0)  
4 меланоза (балл - 9)  
5 "сосудистых звездочек" и участков депигментации (балл - 0)

**45. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии**  
Варианты ответов  
1 медицинский (балл - 0)  
2 социальный (балл - 0)  
3 юридический (балл - 0)  
4 все перечисленные (балл - 9)

**46. Чаще всего наркомания формируется у лиц**  
Варианты ответов  
1 с дефектами воспитания (балл - 0)  
2 с личностными девиациями (балл - 0)  
3 с нарушениями социальной адаптации (балл - 0)  
4 со всем перечисленным (балл - 9)  
5 ни с чем из перечисленного (балл - 0)

**47. К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома**

Варианты ответов  
1 измененной реактивности (балл - 0)  
2 психической зависимости (балл - 0)  
3 физической зависимости (балл - 0)  
4 последствий злоупотребления наркотиками (балл - 9)

**48. Отличительной чертой зависимости от опиатов является то, что она  
развивается**

Варианты ответов  
1 после 4-8 инъекций (балл - 0)  
2 возникает при применении терапевтических (малых) доз опиатов. (балл - 9)  
3 возникает при приеме более высоких (2-3-кратных) доз (балл - 0)  
4 правильно а) и в) (балл - 0)  
 **49. Наиболее характерными признаками опийной эйфории являются**  
Варианты ответов  
1 ощущение легкости, радости, соматического блаженства (балл - 0)  
2 приятная истома, покой и расслабленность (балл - 0)  
3 благодушие, довольство (балл - 0)  
4 ощущение тепла, волнами расходящегося по телу (балл - 0)  
5 психомоторная ажитация (балл - 9)

**50. II стадия опийной наркомании проявляется**  
Варианты ответов  
1 физической зависимостью (балл - 0)  
2 ростом толерантности (балл - 0)  
3 изменением формы употребления наркотика - выработкой индивидуального  
ритма приема (балл - 0)  
4 тонизирующим действием наркотика. (балл - 9)  
5 заострением преморбидных черт и морально-этическим снижением (балл - 0)

**51. На высоте абстинентного состояния при опийной наркомании выявляется**  
Варианты ответов  
1 гипергликемия с торпидной сахарной кривой (балл - 0)  
2 повышенная свертываемость крови (балл - 0)  
3 нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом (балл - 0)  
4 лимфопения (балл - 0)  
5 моноцитоз (балл - 9)

**52. О становлении III стадии опийной наркомании свидетельствуют**  
Варианты ответов  
1 тонизирующее действие наркотика (балл - 0)  
2 появление "сбоев" в приеме наркотика (балл - 0)  
3 медико-социальные последствия (балл - 0)  
4 постоянные астении, вялость, истощаемость (балл - 0)  
5 судорожные припадки (балл - 9)

**53. Начальными признаками острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, исключая**

Варианты ответов  
1 мгновенное оглушение (балл - 0)  
2 ощущение "мягкого удара" в голове (балл - 0)  
3 потемнение в глазах (балл - 0)  
4 ощущение, что "все плывет перед глазами" (балл - 0)  
5 ощущение полета, чувства невесомости (балл - 9)

**54. Смертельной дозой снотворного барбитуровой группы является количество  
вещества**

Варианты ответов  
1 1.0 г (балл - 0)  
2 1.5 г (балл - 0)  
3 2.5 г. (балл - 9)  
4 4.0 г (балл - 0)

**55. I фаза абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характе-  
ризуется**  
Варианты ответов  
1 ознобом (балл - 0)  
2 гипергидрозом (балл - 0)  
3 бессонницей (балл - 0)  
4 миозом. (балл - 9)  
5 чувством неудовлетворенности, беспокойством (балл - 0)

**56. Апогей абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется**

Варианты ответов  
1 разрядкой напряженной дисфории (балл - 0)  
2 появлением судорожных припадков (балл - 0)  
3 депрессией (балл - 0)  
4 развитием делирия или галлюцинаторно-бредовых психозов (балл - 0)  
5 усилением двигательной и аффективной подвижности (балл - 9)

**57. Для внешнего вида больного барбитуровой наркоманией характерно все перечисленное, исключая**

Варианты ответов  
1 одутловатость лица (балл - 0)  
2 маскообразность (балл - 0)  
3 сальный налет на коже (балл - 0)  
4 гнойничковые высыпания на лбу и спинке носа (балл - 0)  
5 испещренность лица сетью мелких морщин (балл - 9)

**58. Наиболее типичными признаками барбитуровой энцефалопатии являются**  
Варианты ответов  
1 сниженная сообразительность (балл - 0)  
2 медлительность осмысления (балл - 0)  
3 медленная речь с ограниченным запасом слов (балл - 0)  
4 грубые нарушения памяти (балл - 0)  
5 резкое снижение концентрации внимания. (балл - 9)

**59. Постинтоксикационное состояние при злоупотреблении транквилизаторами  
проявляется**

Варианты ответов  
1 вялостью (балл - 0)  
2 физической слабостью (балл - 0)  
3 снижением аппетита (балл - 0)  
4 снижением мышечного тонуса (балл - 0)  
5 нарушением сна, бессонницей (балл - 9)

**60. Психическая зависимость от бензодиазепинов развивается быстрее у  
личностей**

Варианты ответов  
1 аффективно-лабильных (балл - 0)  
2 психастенических. (балл - 9)  
3 конформных (балл - 0)  
4 эксплозивных (балл - 0)  
5 эпилептоидных (балл - 0)

**61. К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме**  
Варианты ответов  
1 выраженной эйфории (балл - 0)  
2 ощущения повышенных возможностей (балл - 0)  
3 гиперактивности (балл - 0)  
4 раздражительности, беспокойства (балл - 0)  
5 агрессии (балл - 9)

**62. При кокаиновой наркомании психозы**  
Варианты ответов  
1 развиваются часто (балл - 9)  
2 не развиваются вообще (балл - 0)  
3 развиваются редко (балл - 0)

**63. В клинической картине кокаиновых психозов преобладают**  
Варианты ответов  
1 множественные яркие галлюцинации (балл - 0)  
2 острые параноидные реакции (балл - 0)  
3 острые депрессивные реакции (балл - 9)  
4 сенестопати и парестезии (балл - 0)

**64. Наиболее характерным путем введения галлюциногенов является**  
Варианты ответов  
1 внутривенный (балл - 0)  
2 подкожный (балл - 0)  
3 пероральный (балл - 9)  
4 ингаляционный (балл - 0)

**65. Физическая зависимость при приеме галлюциногенов развивается**  
Варианты ответов  
1 в короткие сроки (балл - 0)  
2 не развивается (балл - 9)  
3 спустя полгода от начала систематического приема (балл - 0)

**66. В динамике состояния острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии различают следующие фазы**  
Варианты ответов  
1 сомато-вегетативных расстройств (балл - 0)  
2 преобладания эйфорического компонента (балл - 0)  
3 нарушения сознания (балл - 0)  
4 галлюцинаторных и иллюзорных нарушений (балл - 0)  
5 все перечисленные (балл - 9)

**67. Внешний вид лиц, злоупотребляющих средствами бытовой и промышленной химии выражается**

Варианты ответов  
1 бледностью лица с характерной синевой под глазами (балл - 0)  
2 "разлаженностью" моторики (балл - 0)  
3 каймой раздражения слизистых и кожи вокруг ноздрей, в уголках рта (балл - 0)  
4 всем перечисленным (балл - 9)  
5 ничем из перечисленного (балл - 0)

**68. Особенностью влечения к наркотику при ятрогенной наркомании является**  
Варианты ответов  
1 стремление не к интоксикационному действию как таковому, а лишь к обезболивающему эффекту наркотика (балл - 0)  
2 малая выраженность симптомов психического дискомфорта (балл - 0)  
3 маскирование психического дискомфорта объяснимым изменением психического состояния вследствие нарастания болевых ощущений (балл - 0)  
4 все перечисленное (балл - 9)

**69. Внешний вид больных эфедроновой наркоманией характеризуется всем перечисленным, кроме**

Варианты ответов  
1 неопрятной, но соответствующей моде одежды (балл - 0)  
2 запавших, с нездоровым блеском глаз (балл - 0)  
3 значительного повышения веса тела. (балл - 9)  
4 слабого, осипшего голоса (балл - 0)  
5 раннего облысения (балл - 0)

**70. Актуализация патологического влечения к курению табака проявляется**  
Варианты ответов  
1 постоянным присутствием в сознании мысленного желания курения табака (балл - 0)  
2 появлением вкусовых и обонятельных расстройств (балл - 0)  
3 вегетативно-сосудистыми расстройствами (балл - 0)  
4 всем перечисленным (балл - 9)

**71. Лечение больных наркоманией и токсикоманией включает в себя ряд  
этапов, среди которых**

Варианты ответов  
1 снятие интоксикации, купирование абстинентных явлений (балл - 0)  
2 восстановление нарушенных соматических и психических функций, коррекция поведения (балл - 0)  
3 выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и определение предшествующих рецидивов (балл - 0)  
4 все перечисленное (балл - 9)

**72. При проведении дезинтоксикации больным наркоманией и токсикоманией назначают**

Варианты ответов  
1 ноотропы, витамины (балл - 0)  
2 магнезию (балл - 0)  
3 форсированный диурез (балл - 0)  
4 солевые растворы (балл - 0)  
5 нейролептики (балл - 9)

**73. Для купирования абстинентного состояния у больного опийной наркоманией назначают все перечисленное, кроме**

Варианты ответов  
1 пирроксана (балл - 0)  
2 клофелина (балл - 0)  
3 наркотических средств (балл - 9)  
4 тиаприда (балл - 0)  
5 физиотерапевтического лечения прибором ЛЭНАР (балл - 0)

**74. При купировании абстинентного состояния у барбитурового наркомана наиболее эффективным является назначение**

Варианты ответов  
1 заместительной терапии барбитуратами (балл - 9)  
2 глюкозы (балл - 0)  
3 витаминов (балл - 0)  
4 пирроксана (балл - 0)

**75. Восстановительное лечение у злоупотребляющих средствами бытовой и промышленной химии проводится всем перечисленным, кроме**

Варианты ответов  
1 общеукрепляющих средств, содержащих фосфор (балл - 0)  
2 биостимуляторов (балл - 0)  
3 психостимуояторов (балл - 9)  
4 витаминов в комплексах (балл - 0)  
5 ноотропов (балл - 0)

**76. На спаде интоксикации у кокаинового наркомана развиваются все сле-  
дующие психопатологические расстройства, кроме**

Варианты ответов  
1 раздражительности (балл - 0)  
2 тревоги (балл - 0)  
3 дисфории (балл - 0)  
4 нарушения сознания (балл - 9)

**77. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками**  
Варианты ответов  
1 ранним началом (детский, юношеский возраст) (балл - 0)  
2 разнообразными пароксизмальными расстройствами (балл - 0)  
3 типичными изменениями личности (балл - 0)  
4 всеми перечисленными (балл - 9)  
5 ни одним из перечисленных (балл - 0)

**78. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся**  
Варианты ответов  
1 типичными изменениями личности (балл - 0)  
2 эпилептическим слабоумием со специфическими клиническими чертами (балл - 0)  
3 острыми и затяжными психозами (балл - 0)  
4 всем перечисленным (балл - 9)

**79. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспеци-  
фическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько  
месяцев или лет до возникновения первого пароксизма**  
Варианты ответов  
1 головными болями (балл - 0)  
2 головокружениями (балл - 0)  
3 вегетативными расстройствами (балл - 0)  
4 разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, надвигающихся предметов (балл - 0)  
5 всеми перечисленными (балл - 9)

**80. Для болезни Иценко - Кушинга характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 сенесто-ипохондрического синдрома (балл - 0)  
2 сглаженности эмоциональных реакций (балл - 0)  
3 усиления жажды и аппетита (балл - 0)  
4 личностных изменений в виде эгоцентризма и аутизма (балл - 0)  
5 личностных изменений в виде вязкости аффекта и ригидности (балл - 9)

**81. Психические расстройства при диффузном токсическом зобе проявляются  
всем перечисленным, кроме**  
Варианты ответов  
1 аффективной лабильности (балл - 0)  
2 тревожно-депрессивных состояний (балл - 0)  
3 меланхолических депрессивных состояний (балл - 9)  
4 бессонницы и депрессивно-ипохондрического состояния (балл - 0)

**82. Психические расстройства при гипотиреозе представлены всем перечис-  
ленным, исключая**  
Варианты ответов  
1 расстройства памяти и интеллекта (балл - 0)  
2 брадифрению (балл - 0)  
3 бессонницу (балл - 9)  
4 экзогенно-органические психозы (балл - 0)  
5 шизофреноподобные психозы (балл - 0)

**83. Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме**  
Варианты ответов  
1 аффективной лабильности (балл - 0)  
2 лабильности психической активности (балл - 0)  
3 расстройства сна (балл - 0)  
4 массивных вегетативных расстройств (балл - 0)  
5 апатико-адинамического синдрома (балл - 9)

**84. Психические нарушения при сахарном диабете возникают**  
Варианты ответов  
1 только в тяжелых случаях (балл - 9)  
2 при любой тяжести течения заболевания (балл - 0)  
3 при латентном диабете (балл - 0)  
4 при диабете тучных (балл - 0)  
5 при инсулинонезависимых формах (балл - 0)

**85. Психические нарушения при гипогликемическом синдроме характеризуются**  
Варианты ответов  
1 помрачением сознания (балл - 0)  
2 психомоторным возбуждением (балл - 0)  
3 транзиторностью, пароксизмальностью (балл - 0)  
4 всем перечисленным (балл - 9)  
5 ничем из перечисленного (балл - 0)

**86. Психические расстройства при лечении кортикостероидами и АКТГ могут  
быть представлены всем перечисленным, кроме**  
Варианты ответов  
1 эйфории (балл - 0)  
2 психомоторного возбуждения (балл - 0)  
3 сонливости (балл - 0)  
4 развернутых психотических состояний (балл - 0)  
5 деперсонализации (балл - 9)

87. **Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте**

Варианты ответов  
1 подростковом (балл - 9)  
2 зрелом (балл - 0)  
3 старческом (балл - 0)  
4 одинаково во всех возрастных группах (балл - 0)

**88. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме**

Варианты ответов  
1 неврозоподобных расстройств (балл - 0)  
2 бредовых расстройств (балл - 0)  
3 галлюцинаторно-бредовых расстройств (балл - 0)  
4 судорожного синдрома (балл - 9)  
5 верно а) и г) (балл - 0)

**89. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны**

Варианты ответов  
1 неадекватная мимика (балл - 0)  
2 исчезновение вазомоторных реакций (балл - 0)  
3 "стальной" блеск глаз (балл - 0)  
4 замедленность или ускоренность пантомимики (балл - 0)  
5 верно а) и б) (балл - 9)

**90. При развитии сосудистого заболевания в инволюционном возрасте имеет  
место все перечисленное, кроме**

Варианты ответов  
1 заострения черт нерешительности (балл - 0)  
2 появления склонности к тревожным опасениям (балл - 0)  
3 появления склонности к депрессивным реакциям (балл - 0)  
4 частых ипохондрических фобий (балл - 0)  
5 нарастания личностной ригидности (балл - 9)

**91. При развитии сосудистого процесса в инволюционном возрасте**  
Варианты ответов  
1 заостряются черты нерешительности (балл - 0)  
2 часты ипохондрические фобии (балл - 0)  
3 появляется склонность к тревожным опасениям (балл - 0)  
4 верно все перечисленное (балл - 9)  
5 ничего из перечисленного (балл - 0)

**92. При атеросклерозе сосудов головного мозга могут быть психозы**  
Варианты ответов  
1 острые (балл - 0)  
2 подострые (балл - 0)  
3 хронические (балл - 0)  
4 все перечисленные (балл - 9)  
5 ни один из перечисленных (балл - 0)

**93.** **К классическим психосоматическим заболеваниям, входящим в т.н. «святую семерку» причисляют все нижеследующие за исключением:**

1 инфаркта миокарда

2 сахарного диабета

3 ревматоидного артрита

4 язвенного колита

5 бронхиальной астмы

**94.**  **Основным, внутриличностным конфликтом при гипертонической болезни является конфликт:**

1  между потребностями властвовать и подчиняться

2  между агрессивными импульсами и чувством зависимости

3  между потребностями в опеке и самостоятельности

4  между потребностями владеть и отдавать

5  между любовью и враждебностью по отношению к родителям

**95. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:**

1  групповые способы суицидального поведения

2  недемонстративные способы суицидального поведения

3  недемонстративные способы парасуицидального поведения

4  демонстративные способы суицидального поведения

5  демонстративные способы парасуицидального поведения

**96.Психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и определяют сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь называются:**

1  феноменами роста

2  феноменами взросления

3  ведущей деятельностью

4  новоформированиями

5  новообразованиями

**97.** **Возрастными психологическими кризами называют:**

1 периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими изменениями внешности

2 периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями

3 периоды резкого изменения отношения к родителям г) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психоэндокринными изменениями

4 периоды резкого изменения отношения со сверстниками

**98. Период зрелости возникает в возрасте:**

1  20-25 лет

2  25-30 лет

3  30-35 лет

4  35-60 лет

5  старше 60 лет

 99. **Кризис первого года жизни характеризуется:**

1  появлением социальных навыков

2  потребностью к самостоятельности

3  потребностью в близких отношениях с матерью

4  становлением «комплекса оживления»

5  становлением ходьбы и речи

**100. Гипердинамический синдром является типичным для:**

1  новорожденных

2  младенцев

3 детей в возрасте 3-5 лет

4  подростков

5  пожилых людей

**101. Ведущей деятельностью детей дошкольного и младшего школьного возраста является:**

1  учеба

2  отдых

3  развлечения

4  хобби

5  игра

**102.**  **Игровая деятельность, во время которой на длительный период человек способен «перевоплотиться» в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет, называется:**

1  фантазированием

2  патологическим фантазированием

3 воображением

4  галлюцинозом

5  иллюзорной деятельностью

**103. Реакция, выражающаяся настойчивым стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб, называется:**

1  реакцией компенсации

2  реакцией гиперкомпенсации

3 реакцией оппозиции

4  реакцией эмансипации

5  реакцией достижения

***Акушерство и гинекология***

1. Диспансерный учет по беременности начинается до срока:

а) 5 недель

б) 12 недель

в) 14 недель

г) 16 недель

д) 20 недель

1. Физиологическая беременность продолжается:

а) 240 дней

б) 280 дней

в) 320 дней

г) 220 дней

д) 300 дней

1. Перинатальный период продолжается:

а) с 12 недель до рождения ребенка

б) с 22 недель до 7 дней после родов включительно

в) с 30 недель до 7 дней после родов включительно

1. При диспансерном наблюдении по беременности обязателен осмотр следующих специалистов:

а) терапевта

б) окулиста

в) инфекциониста

г) ЛОР-врача

д) эндокринолога

1. Выкидышем считается прерывание беременности

а) до 12 недель

б) до 16 недель

в) до 22 недель

г) до 28 недель

1. Общий анализ мочи у беременной должен производиться

а) 2 раза в триместр

б) 1 раз в месяц

в) 1 раз в неделю

г) 2 раза в месяц

д) при каждом посещении врача

1. Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно производиться:

а) однократно в первом триместре

б) однократно во втором триместре беременности

в) трижды – в I, II, III триместрах беременности

г) в I и II триместрах беременности

д) по строгим показаниям

1. Достоверные признаки беременности:

а) изменение формы, величины, консистенции матки

б) тошнота, рвота по утрам

в) положительный тест на беременность

г) увеличение количества ХГЧ в крови

д) определение плодного яйца при УЗИ органов малого таза

1. Гестозу легкой степени тяжести соответствуют:

а) АД от 150/90 до 170/100 мм.рт.ст., протеинурия 1-3 г/сутки, отеки голеней, передней брюшной стенки, отек сетчатки глаз

б) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/сутки, отеки голеней, неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз

в) АД выше 170/100 мм.рт.ст., протеинурия более 3 г/сутки, генерализованные отеки, кровоизлияния и дистрофические изменения сетчатки глаз

г) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/л, патологическая прибавка веса, глазное дно без изменений

1. Гестозу умеренной степени тяжести соответствуют:

а) АД от 150/90 до 170/100 мм.рт.ст., протеинурия 1-3 г/л, отеки голеней, передней брюшной стенки, отек сетчатки глаз

б) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/сутки, отеки голеней, неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз

в) АД выше 170/100 мм.рт.ст., протеинурия более 3 г/сутки, генерализованные отеки, кровоизлияния и дистрофические изменения сетчатки глаз

г) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/л, патологическая прибавка веса, глазное дно без изменений

1. Гестозу тяжелой степени соответствуют:

а) АД от 150/90 до 170/100 мм.рт.ст., протеинурия 1-3 г/сутки, отеки голеней, передней брюшной стенки, отек сетчатки глаз

б) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/сутки, отеки голеней, неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз

в) АД выше 170/100 мм.рт.ст., протеинурия более 3 г/л, генерализованные отеки, кровоизлияния и дистрофические изменения сетчатки глаз

г) АД до 150/90 мм.рт.ст., протеинурия до 1 г/л, патологическая прибавка веса, глазное дно без изменений

1. При беременности противопоказаны следующие гипотензивные средства:

а) препараты метилдопы

б) α-адреномиметики центрального действия

в) блокаторы кальциевых каналов

г) ингибиторы АПФ

д) миотропные спазмолитики

1. К наиболее частым причинам кровотечения во время беременности относятся:

а) начавшийся выкидыш

б) прервавшаяся эктопическая беременность

в) разрыв матки

г) предлежание плаценты

д) варикозное расширение вен влагалища

1. Медицинским показанием к прерыванию беременности являются:

а) гипертоническая болезнь I стадии

б) хронический пиелонефрит единственной почки

в) сахарный диабет 1 типа с сосудистыми осложнениями

г) бронхиальная астма

д) контакт по краснухе в I триместре беременности при отсутствии приобретенного

иммунитета

1. Синдром сдавления нижней полой вены

а)наблюдается чаще у первобеременных

б) купируется применением кофеина, кордиамина, мезатона

в) сопровождается падением АД, тахикардией, бледностью кожных покровов

г) наблюдается при доношенном сроке беременности в положении на спине

д) купируется в положении на левом боку

1. Гестационный пиелонефрит:

а) чаще встречается во второй половине беременности

б) чаще левосторонний

в) обычно стрептококковой этиологии

г) не оказывает влияния на эритропоэз

д) в I триместре лучше лечить антибиотиками пенициллинового ряда

1. Показанием для проведения пробы на толерантность к глюкозе при сроке берменности 16-18 недель являются:

а) рождение крупного ребенка в анамнезе

б) повышенный уровень глюкозы натощак

в) невынашивание беременности в анамнезе

г) наличие диабета у родителей

д) избыток массы тела

1. Проба на толерантность к глюкозы должна быть проведена беременным:

а) при сроке беременности 24-28 недель

б) с целью ранней диагностики гестационного диабета

в) при сроке беременности 34-36 недель

г) при наличии факторов риска диабета

1. Плановые госпитализации беременных с сахарным диабетом показаны:

а) до 12 недель с целью определения возможности пролонгирования беременности

б) после 20 недель с целью коррекции схемы инсулинотерапии

в) по строгим акушерским показаниям

г) за 2 недели до предполагаемой даты родов

1. Лактационный мастит:

а) обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода

б) в большинстве случаев бывает двусторонним

в) в серозной стадии не требует антибактериальной терапии

г) в гнойной стадии требует хирургического лечения

д) в гнойной стадии требует подавления лактации

21. Больная 44-х лет в течение последнего года страдает ациклическими маточными кровотечениями.

Для уточнения причины кровотечения необходимо произвести

1 - раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки

2 - аспирационную биопсию эндометрия

3 - гистероскопию

4 - УЗ-исследование органов малого таза

5 - кольпоскопию

22. После родов внутриматочный контрацептив можно вводить:

1 - сразу после изгнания плаценты

2 - на 1-й неделе после родов

3 - только с 2-й по 6-ю неделю после родов

4 - через 6-8 недель после родов

5 - при отсутствии лактации

23. Абсолютными противопоказаниями к применению внутриматочных контрацептивов являются

1 - маточное кровотечение неясной этиологии

2 - врожденные аномалии развития матки

3 - активный воспалительный процесс в органах малого таза

4 - внематочная беременность в анамнезе

5 - отсутствие беременностей в анамнезе

24. Прогестерон

1 - стимулирует гиперпластические процессы в эндометрии

2 - усиливает выработку слизи в цервикальном канале

3 - влияет на центр теплорегуляции

4 - тормозит секреторные изменения в эндометрии

5 - повышает кариопикнотический индекс

25. Эстрогены

1 - обеспечивают пролиферативные процессы в органах-мишенях

2 - влияют на центр теплорегуляции

3 - вырабатываются только в доминантном фолликуле

4 - циркулируют в крови в активном состоянии

5 - не влияют на физические свойства цервикальной слизи

26. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены

1 - нарушенной внематочной беременностью

2 - эндометриозом

3 - синдромом поликистозных яичников

4 - воспалительным процессом эндометрия

5 - нарушением механизма регуляции менструального цикла

27. Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде обусловлено

1 - нарушением цирхоральной продукции ЛГ – релизинг-гормона (ЛГ-РГ)

2 - аденомиозом

3 - аденоматозом

4 - атрофическими процессами в эндометрии

5 - иммунодефицитным состоянием

28. Железистая гиперплазия эндометрия наблюдается

1 - при дисфункциональных маточных кровотечениях в ювенильном возрасте

2 - при гормонопродуцирующих опухолях яичника

3 - при гипофункции яичников

4 - при персистенции желтого тела

5 - при дисфункциональных маточных кровотечениях в климактерическом периоде

29. У больной 48 лет по поводу маточного кровотечения было произведено раздельное диагностическое выскабливание шеечного канала и полости матки. При гистологическом исследовании соскобов в эндометрии обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. При гинекологическом осмотре данных за наличие патологических изменений со стороны половых путей не выявлено. Больной можно рекомендовать:

1 - прием гестагенов в течение 4-6 менструальных циклов

2 - регуляцию цикла с использованием эстрогенных препаратов

3 - подавление функции яичников андрогенами

4 – внутриматочную гормональную систему «Мирена»

30. Хорионический гонадотропин в крови выявляется при:

1 - маточной беременности

2 - остром сальпингоофорите

3 - внематочной беременности

4 - пузырном заносе

5 - хориокарциноме

6 - дисфункциональном маточном кровотечении

Ситуационная задача (тесты 11 - 14)

31. Больная 20-ти лет обратилась с жалобами:

- на боли в нижних отделах живота,

- рвоту,

- повышение температуры тела до 38.6°C

Менструации с 13 лет по 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Последняя менструация начались 3 дня назад.

Половая жизнь вне брака с 17 лет.

Контрацепция - прерванный половой акт.

Последний половой контакт 2 недели назад.

*ОБЪЕКТИВНО:*

- состояние средней тяжести,

- язык сухой, обложен белым налетом,

- пульс - 102 удара в минуту,

- артериальное давление - 110/70 мм рт.ст.,

- живот умеренно вздут, в акте дыхания участвует слабо, напряжен и резко болезнен в нижних отделах,

- симптом Щеткина-Блюмберга положительный над лоном

*В ЗЕРКАЛАХ:*

- слизистая вокруг наружного зева матки отечна, гиперемирована,

- из цервикального канала слизисто-гнойные выделения

*ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:*

- движения за шейку матки резко болезненны,

- матку и область придатков пропальпировать не удается из-за резкой болезненности

## Укажите наиболее вероятный диагноз

1 - острый аппендицит

2 - разлитой перитонит

3 - острое двустороннее воспаление придатков матки

4 - апоплексия яичника

5 - трубный аборт

6 - хориокарцинома

7 - пузырный занос

32. Выберите методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза

1 - бактериоскопия мазков из уретры, цервикального канала, влагалища, прямой кишки

2 - клинический анализ крови

3 - УЗ-исследование органов малого таза

4 - рентгенография брюшной полости

5 - реакция Манту

6 - лапароскопия

33

1 – госпитализация в гинекологический стационар

2 - обследование и лечение в амбулаторных условиях

3 - антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия после взятия мазков в условиях стационара

4 - лапароскопия

34. При исследовании мазков обнаружены грамм-отрицательные диплококки бобовидной формы вне- и внутриклеточно. Укажите группу антибиотиков, неэффективных при гонорее

1 - пенициллины

2 - цефалоспорины

3 - макролиды

4 - фторхинолоны

5 - тетрациклины

35. Больная 23-х лет в течение 2-х лет беспокоят:

- периодические ноющие боли внизу живота, усиливающиеся перед

менструацией

- субфебрильную температуру

- слабость в течение последних двух месяцев.

Проведено 2 курса противовоспалительного лечения по поводу воспаления придатков матки с антибактериальной терапией - без эффекта. При вагинальном исследовании обнаружено, что матка меньше нормы, ограничена в подвижности, безболезненная. С обеих сторон от матки пальпируются плотные увеличенные придатки. Инфильтратов в параметрии нет.

*Какие гинекологические заболевания следует исключить в первую очередь*

1 - генитальный туберкулез

2 - киста яичника

3 - эндометриоз придатков

4 – генитальный инфантилизм

36. Больная 20-ти лет заболела остро. Начало заболевания совпало с началом менструации. Беспокоят резкие боли внизу живота. Температура тела – 38,4°С. При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность при пальпации придатков с обеих сторон. Матка нормальной величины. Инфильтратов параметрия нет.

Предполагаемый диагноз

1 - острый цистит

2 - острый аппендицит

3 - разрыв кисты яичника

4 - острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии

5 - острое воспаление придатков матки туберкулезной этиологии

38. С целью дифференциальной диагностики между миомой матки

1 - и беременностью, превышающей срок 20 недель, широко используется определение хорионического гонадотропина в крови

2 - и аденомиозом показана гистероскопия

3 - и аденомиозом показано выскабливание полости матки

4 - и опухолью яичника может быть использована МРТ-органов малого таза

5 - и опухолью яичника может быть использовано УЗ-исследование органов малого таза

39. Рак шейки матки

1 - диагностируется с помощью цитологического исследования мазков-соскобов

2 - чаще встречается у многорожавших женщин

3 – относится у вирус-ассоциированным заболеваниям

4 - на ранних стадиях проявляется болями

5 - в преинвазивной стадии всегда является показанием к экстирпации матки

40. К врачу обратилась больная 56-ти лет с жалобами на:

- головную боль,

- слабость,

- недомогание

В течение полугода у больной имеются периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей. Больная связывает это с повышением артериального давления. Менопауза в 52 года.

*В анамнезе:*

одни срочные роды, вторичное бесплодие.

*ОБЪЕКТИВНО:*

- состояние удовлетворительное,

- рост - 160 см,

- масса тела - 90 кг,

- артериальное давление - 170/100 мм рт.ст.,

- живот мягкий, безболезненный,

- печень и селезенка не определяются,

- отеки нижних конечностей

*В ЗЕРКАЛАХ:*

- слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений,

- выделения кровянистые, умеренные, с неприятным запахом

*ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:*

- шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт,

- матка в правильном положении, несколько больше нормы, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная,

- придатки матки отчетливо не определяются,

- своды свободны,

- инфильтратов в параметрии нет

## Выберите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза

1 - раздельное диагностическое выскабливание шеечного канала и полости матки

2 - гистероскопия

3 - лапароскопия

4 - УЗ-исследование органов малого таза

41. *По данным УЗИ:*

- матка – 5,8х4,0х3,8 см,

- толщина эндометрия – 1,6 см,

- левый яичник – 2,0х1,5х1,5 см,

- правый яичник – 2,1х1,6х1,4 см

При диагностическом выскабливании:

- из цервикального канала соскоб не получен,

- из полости матки - соскоб обильный

## Укажите наиболее вероятный диагноз

1 - рак тела матки

2 - рак шейки матки

3 - миома матки

4 - хориокарцинома матки

5 - аденомиоз

6 - опухоль яичника

***Риноотоларингология***

1.В porus acusticus internus проходят:

1.V.labyrinthi

2.N.facialis

3.N.vestibulocochlearis

4.N.trigeminus

A. Верно лишь 3 положение

В. Верны лишь 2 и 3 положения

С. Верны лишь 1, 2 и 3 положения

D. Верны лишь 2, 3 и 4 положения

Е. 1-4 = все положения верны

2.Феномен рекруитмента характерен для

А.экссудата в барабанной полости

В.ретрокохлеарного нарушения

С.травмы среднего уха

D.периферического (кохлеарного) нарушения

Е.neuronopatia vestibularis

3. При кондуктивной тугоухости неясной этиологии, когда обычные клинические методы исследования не дали результата и барабанная перепонка интактна, показано

А.парацентез

В.пробная тимпанотомия

С.мастоидотомия

D.тимпанопластика

Е.антроскопия

4.ERA (Electric Response Audiometry) используется для диагностики

A.ушных шумов

B.объективных порогов слышимости

C.отосклероза

D.холестеатомы среднего уха

5.Нарушения слуха у детей могут возникнуть вследствие:

1.свинки

2.применения пенициллина

3.психических заболеваний

4.применения аминогликозидов

5.насморка

1. верно 1 и 4
2. верно 2 и 5
3. верно 3, 4 и 5
4. верно 1, 3, 4 и 5
5. 1 - 5 = все утверждения верны

6. Какое положение верно?

Опытом Вальсальвы

A. измеряется подвижность перепонки

B.исключается атрезия хоан

C.определяется проходимость евстахиевых труб

D.устанавливается техника дыхания

E.ни одно из утверждений не является верным

7. На рентгенограммах по Шюллеру обозримы

1. клетки сосцевидного отростка
2. височно-нижнечелюстной сустав
3. сигмовидный синус
4. meatus acusticus internus на всем своем протяжении
5. поперечные переломы височных костей
6. верно 1 и 3
7. верно 1 и 4
8. верно 1, 2 и 3
9. верно 2, 3 и 5
10. верно 1, 2, 3 и 5

8. Повреждения лицевого нерва можно выявить с помощью

1. теста Ширмера
2. вызывания стапедиального рефлекса
3. густометрии
4. верно 3
5. верно 1 и 2
6. верно 1 и 3
7. верно 2 и 3
8. 1-3= все утверждения верны

9. У 35-летнего пациента на фоне полного благополучия появился правосторонний паралич мимической мускулатуры и возникли боли. Неврологическое исследование выявило периферический парез лицевого нерва. снижение слуха и нарушение вестибулярного аппарата справа по периферическому типу. Спустя два дня в области наружного слухового прохода с больной стороны появились пузырьки. В спинномозговой жидкости определяется лимфоцитарный плеоцитоз 51/3 клеток. СТ мозга без особенностей.

О каком заболевании следует подумать?

A.идиопатический парез лицевого нерва

B.нарушения кровообращение в бассейне a.basilaris

C.zoster oticus

D.менингоэнцефалит, вызванный herpes simplex

E.синдром Гарцина

10. Какое утверждение является правильным?

Отгематома возникает вследствие изливания крови или плазмы

A.в наружный слуховой проход

B.между хрящом и надхрящницей ушной раковины

C.в барабанную перепонку

D.в околоушную слюнную железу

E.ни одно из утверждений не является правилльным

11. Некротизирующий (т.н. злокачественный) наружный отит вызывается

A.pseudomonas aeruginosa

B.haemophilus influenzae

C.proteus vulgaris

D.staph.aureus

E.β-гемолитическим стрептококком

12. Какое положение верно?

При серо- или мукотимпануме методом лечения является

A.стапедопластика

B.дренирование барабанной полости

C.тиреотомия

D.тимпанопластика

E.радикальная операция на среднем ухе

13. Какое утверждение верно?

В качестве этиологического момента в возникновении серозного катарра среднего уха может рассматриваться

A.дефект перегородки носа

B.нарушения функции слуховой трубы

C.баротравма

D.опухоли носоглотки

E..величение небных миндалин

14. При правостороннем остром среднем отите в случае здорового левого уха при исследовании слуха следует ожидать

A.латерализации в опыте Вебера нет, Ринне справа +, слева -

B.латерализация вправо в опыте Вебера, Ринне справа +, слева -

C.латерализация вправо в опыте Вебера, Ринне справа -, слева +

D.латерализация влево в опыте Вебера, Ринне справа +, слева -

E.латерализация влево в опыте Вебера, Ринне справа -, слева +

15. К ранним осложнениям острого среднего отита относятся

1. лабиринтит
2. парез лицевого нерва
3. расплавление верхушки пирамиды
4. абсцесс мозга
5. верно 1
6. верно 1 и 2
7. верно 2 и 3
8. верно 3 и 4
9. верно 2, 3 и 4

16. Какое утверждение неверно?

К типичным осложнениям мастоидита относятся

A.синус-тромбоз

B.фистула полукружного канала

C.парез лицевого нерва

D.расплавление верхушки пирамиды

E.менингит

17. Какое высказывание верно?

Лечение мастоидита включает

A.радикальную операцию на среднем ухе

B.антромастоидотомию

C.облучение

D.тимпанопластику

E.назначение антибиотиков

18. Какое утверждение неверно?

Симптомами отогенного абсцесса мозжечка являются

A.нистагм

B.сенсорная афазия

C.атаксия

D.адиадохокинез

E.застойный сосок зрительного нерва

19. Осмотрен шестилетний мальчик, предъявляющий в течение 10 дней жалобы на боли в ухе, в связи с усилением боли и температурой. При отоскопии определяется интактная, слегка утолщенная и гиперемированная барабанная перепонка, а также нависание задне-верхней стенки слухового прохода. По данным анамнеза и объективного исследования возникает предварительный диагноз:

A.Перихондрит слухового прохода после среднего отита

B.Мастоидит

C.Фурункул уха

D.Ранняя стадия кариеса кости после среднего отита

E.Прорыв экссудата из среднего уха через щель между annulus fibrosus барабанной перепонки и надкостницей

Выберите для данных отоскопической картины из списка 1 соответствующее лечение из списка 2.

*Список 1*

20. Свежая травматическая щелевидная перфорация

21. Центральный дефект барабанной перепонки при хроническом среднем отите

*Список 2*

A.Стерильное закрытие дефекта

B.Продувание трубы

C.Промывание уха

D.Мастоидэктомия

E.Тимпанопластика

22. Возникающее при туалете холестеатомного уха головокружение свидетельствует о:

пролапсе твердой мозговой оболочки

А.Абсцесе мозга

B.Синус-тромбозе

C.Фистуле лабиринта

D.Мастоидите

23. Хронический мезотимпанит характеризуется:

1. Стойкой краевой перфорацией барабанной перепонки
2. Выделениями из уха
3. Приступами головокружения
4. Стойкой центральной перфорацией барабанной перепонки
5. Тугоухостью по типу наружения звукопроведения
6. Верно 2 и 5
7. Верно 1, 2, 3
8. Верно 1, 3, 5
9. Верно 2, 3, 4
10. Верно 2, 4, 5

24. Условием для возникновения вторичной холестеатомы является:

A.Внедрение содержащих холестерин клеток в барабанную полость

B.Хронический кариес кости

C.Врастание плоского эпителия в барабанную полость

D.Метаплазия цилиндрического эпителия слизистой оболочки среднего уха

E.Хронически-специфические грануляции слизистой оболочки

25. У 40-летнего пациента при случайном осмотре обнаружена небольшая перфорация в pars flaccida c холестеатомой. Жалоб больной не предъыявляет.

Ваша тактика

A.местная систематическая антибактериальная терапия до исчезновения грануляций

B.периодическое прижигание ткани холестеатомы до образования плотного рубца

C.микрохирургическая декортикация пораженного участка барабанной перепонки с последующим пластическим закрытием дефекта

D.хирургическое удаление холестеатомы с реконструкцией звукопроводящего аппарата

E.в связи с тенденцией к спонтанному излечению лишь наблюдать пациента с интервалом в 4 недели в течение 6 месяцев

26.Что такое тимпанопластика

1. пластическое восстановление структур среднего уха при хроническом отите
2. закрытие дефекта барабанной перепонки искусственным материалом
3. фенестрация латерального полукружного канала
4. коррекция микротии путем имплантации искусственного материала
5. микрохирургическая реконструкция scala tympani

27.Клинической картине отосклероза соответствует

1. спонгиозные очаги в капсуле лабиринта
2. манифестация заболевания в пожилом возрасте
3. отсутствие стапедиального рефлекса
4. методом выбора при лечении является тимпанопластика тип III
5. верно 1 и 2
6. верно 1 и 3
7. верно 2 и 4
8. верно 1, 2 и 3
9. 1-4=все верно

28.Пациентка на четвертом десятке жизни жалуется на постепенное снижение слуха, особенно прогрессирующее во время двух беременностей. В анамнезе нет указаний на перенесенные отиты,барабанные перепонки хорошо обозримы, интактны. Опыт Ринне отрицательный с обеих сторон, латерализации в опыте Вебера нет. Ваш диагноз

А.тимпаносклероз

В.отосклероз

С.пресбиакузис

D.нейросенсорная тугоухость

Е.экзостозы наружного слухового прохода

29.К симптомам болезни Меньера не относится

А.флюктуирующее снижение слуха

В.смешанная тугоухость

С.приступы головокружения

D.признак Шварце

Е.чувство тяжести в глубине уха.

30.К ототоксическим медикаментам относятся

1.аминогликозиды

2.фуросемид(лазикс)

3.пентоксифиллин (трентал)

4.салициловая кислота

А. Верно 1

В. Верно 1 и 4

С. Верно 2 и 3

D.Верно 3 и 4

Е. Верно 1, 2 и 4

31.Острая односторонняя перцептивная тугоухость может быть обусловлена

1. акустической невриномой
2. herpes zoster
3. острой нейросенсорной тугоухостью

А. Верно 2

В. Верно3

С. Верно 1 и 3

1. верно 2 и 3
2. 1-3 все верно

32. На звон в ушах жалуются в основном пациенты, страдающие

1. болезнью Меньера
2. невриномой слухового нерва
3. хроническим отитом
4. мирингитом
5. верно 1
6. верно 1 и 2
7. верно 1, 2 и 3
8. верно 2, 3 и 4
9. 1-4=все верно

33.Отоликворея чаще всего возникает при

1. фистуле лабиринта
2. hydrocephalus internus
3. продольном переломе пирамиды
4. врожденной патологии ушей
5. тимпанопластике тип IV

34.Невринома слухового нерва

1. злокачественная опухоль
2. рано дает метастазы
3. локализуется в мосто-мозжечковом углу и внутреннем слуховом проходе
4. быстро прогредиентно растет
5. ведет к слепоте

35.Гломусные опухоли барабанной полости

1. приводят к односторонним, в типичном случае синхронным с пульсом, ушным шумам
2. симптоматические лишь в детском возрасте
3. чаще встречаются у мужчин
4. состоят из хромаффинных ганглиозных клеток
5. не являются деструирующе растущими опухолями

### 

36.Боковую стенку в области среднего носового хода образуют следующие кости

1. перпендикулярная пластинка небной кости
2. крючковидный отросток решетчатого лабиринта
3. слезная кость
4. facies nasalis maxillae
5. верно 3
6. верно 4
7. верно 2 и 4
8. верно 2, 3 и 4
9. 1-4=все верно

37.Причинами аносмии могут являться

1. изменения слизистой оболочки носа
2. аплазия bulbus olphactorius
3. тяжелые травмы головного мозга
4. верно 1
5. верно 2
6. верно 1 и 2
7. верно 2 и 3
8. 1-3=все верно

38.Какое положение верно?

Пункцию гайморовой пазухи в основном производят

1. в нижнем носовом ходе
2. через альвеолу
3. в fossa canina
4. в среднем носовом ходе
5. в верхнем носовом ходе

39.При подозрении на злокачественную опухоль гайморовой пазухи показано

1. пункция пазухи с осторожным продуванием ее для получения секрета, подлежащего исследованию
2. эндоскопия с предварительной трепанацией по Беку
3. исследование нижнего носового хода с целью обнаружения возможного изменения выходного отверстия пазухи
4. задняя риноскопия для определения “дорожки экссудата”
5. антроскопия (синусоскопия)

40.С помощью ультразвуковой диагностики заболеваний придаточных пазух носа можно выявить воспалительный процесс в

1. гайморовой пазухе
2. решетчатом лабиринте
3. лобной пазухе
4. основной пазухе
5. верно 1
6. верно 1 и 2
7. верно 1 и 3
8. верно 2 и 3
9. верно 1, 3 и 4

41.Какое из нижеперечисленных заболеваний лежит чаще всего в основе эмфиземы век

1. эндокринная офтальмопатия
2. инфекция, вызванная газообразующими возбудителями, в проекции орбиты
3. воздушная эмболия
4. перелом решетчатого лабиринта
5. опухоль слезной железы

42.При фронтобазальных переломах костей черепа с возникновением риноликвореи ликворная фистула чаще всего локализуется в зоне

1. основания клиновидной пазухи
2. крыши клиновидной пазухи
3. клеток решетчатого лабиринта и ситовидной пластинки
4. задней стенки лобной пазухи
5. все неверно

43.Самая частая причина посттравматического менингита

1. перелом “blow-out”
2. перелом по типу Ле Форт I
3. перелом скуловой кости
4. фронтобазальный перелом
5. все неверно

44.Хоанальный полип чаще всего исходит из

1. гайморовой пазухи
2. решетчатого лабиринта
3. лобной пазухи
4. основной пазухи
5. полости носа

45.Лечение фурункулов носа состоит в

1. назначении антибиотиков
2. применении носовых капель
3. вскрытии фурункула
4. влажных повязках
5. челюстном столе для обеспечения покоя верхней губе
6. верно 1 и3
7. верно 1, 2 и 3
8. верно 1, 3 и 4
9. верно 1, 3, 4 и 5
10. верно 1, 2, 4 и 5

46.У ребенка больше года отмечается одностороннее, иногда зловонное гноетечение из носа. Прежде всего Вы заподозрите

1. хронический гаймороэтмоидит
2. одонтогенный гайморит
3. инородное тело полости носа
4. аллергическую. ринопатию
5. опухоль носа

47.При радикальной операции на гайморовой пазухе оперативный доступ осуществляется

1. транспалатинально
2. со стороны лобной пазухи
3. трансназально
4. через преддверие рта
5. все неверно

48.Пациент 50 лет предъявляет жалобы на сохраняющееся в течение многих лет одностороннее затруднение носового лыхания. Неоднократно производилась полипотомия соответствующей половины носа. Выделения слизистые, не зловонные и без примеси крови. Слезотечение. Лимфатические узлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз

1. инвертированная папиллома
2. карцинома полости носа или придаточных пазух
3. мукоцеле лобной пазухи
4. одонтогенный синуит
5. инородное тело

49.Тактика при мукоцеле лобной пазухи

1. оперативное вылущивание мукоцеле со щажением слизистой оболочки лобной пазухи
2. резекция дна лобной пазухи с созданием широкого сообщения с полостью носа
3. вскрытие лобной пазухи трепанацией по Беку, криовоздействие на мукоцеле с последующей экстракцией
4. зондирование лобной пазухи через выходное отверстие, удаление мукоцеле и оставление дренажа минимум на 2 недели
5. пункция мукоцеле путем предварительного рассварливания кости, инстилляция муколитика, отсасывание содержимого и облитерация пазухи

50.Полипы носа

1. могут возникнуть в ходе хронического ринита
2. чаще солитарны
3. являются предраковым состоянием
4. несклонны к воспалению
5. являются наряду с полипами кишечника выражением общего полипоза
6. верно 1 и 2
7. верно 2 и 4
8. верно 4 и 5
9. верно 1, 3, 4 и 5
10. 1-5=все верно

51.Абсцесс носовой перегородки чаще всего является следствием

A.эмпиемы придаточных пазух носа

B.малигномы полости носа

C.сифилиса

D.инфицирования после травмы носа

E.все неверно

52.Чаще всего из злокачественных опухолей в полости носа встречается

A.аденокистозная карцинома

B.аденокарцинома

C.плоскоклеточный рак

D.саркома

E.все неверно

53.Какое положение верно?

Ринофима

1. гиперплазия сальных желез
2. возбудитель специфического ринита
3. следствие травмы носа
4. инфекционное заболевание
5. все неверно

54.Симптомы остеомы лобных пазух

A.безболезненное увеличение подчелюстных лимфоузлов

B.чаще односторонняя зловонная секреция из носа

C.одностороннее затруднение носового дыхания

D.усиливающаяся головная боль

E.носовое кровотечение

55.Симптоматическое носовое кровотечение является следствием

1.заболеваний системы кровообращения и сосудов

2.геморрагических диатезов

3.инфекционных заболеваний

4.болезни Рандю-Ослера

A.верно 1 и 2

B.верно 3 и 4

C.верно 1, 3 и 4

D.верно 2, 3 и 4

E.1-4=все верно

56. При двусторонней атрезии хоан

1. нарушено сообщение между барабанной полостью и носоглоткой
2. у взрослого повышено носовое сопротивление
3. возникают симптомы только при появлении речи (rhinolalia clausa)
4. в экстренном случае дыхание должно осуществляться путем назотрахеальной интубации
5. у новорожденного затруднено питание

Выберите для указанных в списке 1 нозологических форм типичные для них клинические признаки (список 2)

### Список 1

57.Герпетическая ангина

58.Дифтерия

59.Скарлатина

### Список 2

1. темнокрасные миндалины и глоточное кольцо
2. фибринозные, легко кровоточащие при дотрагивании налеты, распространяющиеся за пределы миндалин; сладковатый запах изо рта
3. plaques muqueuses
4. похожие на афты эрозии передних небных дужек
5. односторонний язвенный тонзиллит

60.У 11-летней девочки ремиттирующая температура, гиперемированные отечные миндалины. Вы пальпируете увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы, а также увеличенную селезенку. В анализе крови моно- и лимфоцитоз. Ваш предварительный диагноз?

1. ангина Плаута-Венсана
2. дифтерия
3. начинающаяся краснуха
4. начинаящаяся скарлатина
5. инфекционный мононуклеоз

61.Тризм жевательной мускулатуры не является признаком

A.паратонзиллярного абсцесса

B.осложненного прорезывания зуба мудрости

C.острого эпиглоттита

D.карциномы миндалины

E.флегмоны дна полости рта

Найдите соответствующую каждому клиническому симптому (перечень 1) нозологическую форму (перечень 2)

### Список 1

#### *62.Малиновый язык*

#### *63.Трудно удаляемые псевдомембранозные налеты на слизистой оболочке ротоглотки*

### Список 2

1. корь
2. ангина Плаута-Венсана
3. кандидоз
4. дифтерия
5. скарлатина

#### *64.Типичным осложнением воспалительного заболевания миндалин является*

1. паратонзиллярный абсцесс
2. флюс
3. ретрофарингеальный абсцесс
4. тонзиллогенный сепсис
5. абсцесс языка
6. верно 1 и 3
7. верно 2 и 4
8. верно 1, 3 и 4
9. верно 1, 3, 4, и 5
10. 1-5=все верно

#### *65.Обнаружить какие симптомы Вы ожидаете у пациента с моноцитарной ангиной?*

1.локализация процесса только на одной стороне

2.выраженно гиперплазированные миндалины с гнойничками

3.язвенные или некротические изменения миндалин

4.обнаружение вирусов в мазке

5.лимфоаденопатия (увеличение шейных, вероятно и подмышечных и паховых)

A.верно 1 и 4

B.верно 2 и 5

C.верно 3 и 5

D.верно 1, 4 и 5

E.верно 3, 4 и 5

#### *66.Самые частые возбудители ангины*

A.стафилококки

B.α-гемолитические стрептококки

C.pyocyaneus

D.β-гемолитические стрептококки

E.протей

### Выберите для каждой из инфекции миндалин (список 1) соответствующего возбудителя (список 2)

### Список 1

#### *67.Ангина Плаута-Венсана*

#### *68.Лакунарная ангина*

### Список 2

1. β-гемолитические стрептококки
2. стафилококки
3. α-гемолитические стрептококки
4. боррелии + фузиформные бактерии
5. пневмококки

69.Зоб в области основания языка встречается в типичном случае

1. при дистопии щитовидной железы
2. как дополнительныцй признак struma nodosa colloides
3. как самостоятельная аденома при интактной щитовидной железе
4. как метастаз рака щитовидной железы
5. при Базедовой болезни

70..Какое положение неверно?

Местные осложнения острого тонзиллита

1. паратонзиллярный абсцесс
2. ангина Плаута-Венсана
3. ретрофарингеальный абсцесс
4. абсцесс тела языка
5. абсцесс корня языка

71.У Вас на приеме 3-х летний мальчик с жалобами на постоянный насморк, дыхание ртом и подозрением на снижение слуха. Самый вероятный диагноз?

A.искривление перегородки носа

B.гипертрофия носоглоточной миндалины

C.инородное тело носа

D.хронический тонзиллит

E.фиброма носоглотки

72.Показаниями к тонзиллэктомии могут быть следующие диагнозы

1. рецидивирующая лакунарная ангина
2. хронический тонзиллит
3. паратонзиллярный абсцесс
4. гиперплазия небных миндалин
5. подозрение на метатонзиллярные очаги
6. верно 2 и3
7. верно 1, 2 и 3
8. верно 1, 3 и 5
9. верно 2, 4 и 5
10. 1-5=все верно

73.Какое заболевание является абсолютным противопоказанием к тонзиллэктомии?

1. хронический тонзиллит
2. паратонзиллярный абсцесс
3. подозрение на входные ворота инфекции через миндалины
4. агранулоцитарная ангина
5. сильно выраженная гиперплазия миндалин

74.Какое положение неверно?

Ювенильная фиброма носоглотки

1. опухоль с богатой сосудистой сетью
2. может внедряться в придаточные пазухи носа и орбиту
3. более распространена у людей четвертого десятка жизни
4. встречается только у мужчин

75.Какое положение неверно

Для рака носоглотки характерно метастазирование в следующие группы лимфатических узлов

1. надключичные
2. подподбородочные
3. шейные
4. преларингеальные
5. все неверно

76.Какие признаки Вы ожидаете обнаружить в типичном случае у 18-месячного ребенка с острым стенозирующим ларингитом?

1. охриплость
2. инспираторный стридор
3. лающий кашель
4. коробочный перкуторный звук над легочными полями
5. аускультативно: экспираторный свист над обоими легкими
6. верно 1 и 2
7. верно 2 и 4
8. верно 1, 2 и 3
9. верно 1, 3 и 4
10. верно 3, 4 и 5

77.Какая самая частая причина инспираторной одышки у новорожденных?

1. удвоение дуги аорты
2. struma connata
3. гиперплазия тимуса
4. ларингомаляция
5. кисты гортани

78.Отек Райнке локализуется

1. на мягком небе
2. на надгортаннике
3. в грушевидном синусе
4. на вестибулярных складках
5. на голосовых складках

79.Какой из нижеперечисленных признаков чаще всего встречается при туберкулезе гортани?

1. паралич голосовых складок
2. рубцовый стеноз
3. ульцерация
4. анкилоз суставов гортани
5. перихондрит

80.Хронический ларингит

1. часто приводит к утолщению слизистой оболочки
2. может сочетаться с преканцерозной атипической лейкоплакией
3. может обусловливать атрофию слизистой оболочки
4. может приводить к возникновению воспалительных полипов
5. верно 1
6. верно 1 и 2
7. верно 2 и 3
8. верно 1, 3 и 4
9. 1-4=все верно

81.После интубации в гортани могут возникнуть следующие повреждения

1. вывих черпаловидного хряща
2. сращение голосовых связок
3. гранулема голосовых связок
4. верно 2
5. верно 3
6. верно 1 и 3
7. верно 2 и 3
8. 1-3=все верно

82.После продленной интубации могут возникать интубационные гранулемы в области

1. верхнего края надгортанника
2. желудочковых складок
3. задних отделов голосовых складок
4. голосового отростка черпаловидного хряща
5. нижнего края щитовидного хряща

83.Причиной пареза возвратного нерва может служить

1.опухоль средостения

2.опухоль зоны яремного отверстия

3.струмэктомия

4.идиопатический

5.шейный лимфаденит

A.верно 1 и 2

B.верно 1, 2 и 3

C.верно 1, 3 и 4

D.верно 2, 4 и 5

E.верно 1, 2, 3 и 4

84.Какое положение верно?

Двусторонний парез возвратного нерва приводит к

A.дислалии

B.сильной охриплости

C.одышке

D.нарушениям глотания

E.все неверно

85. Какое положение верно?

Узелками певцов называют

A.дисхилические псевдоопухоли вестибулярных складок

B.симметричные утолщения на голосовых складках

C.узкие флоттирующие полипы гортани

D.наружные кисты гортани

E.все неверно

86.Папилломатоз гортани у детей (ювенильный папилломатоз)

1. следствие инфицирования papovа-вирусом
2. ограничен голосовыми и вестибулярными складками
3. предрак
4. гистологически представляет собой ороговевающий плоский эпителий
5. верно 1
6. верно 2 и 3
7. верно 3 и 4
8. верно 1, 2 и 3
9. 1-4=все верно

87. К предраковым заболеваниям гортани относятся следующие изменения

1. ювенильный папилломатоз
2. папилломы у взрослых
3. инфицированные полипы
4. лейкоплакия с дисплазией
5. верно 1 и 4
6. верно 2 и 4
7. верно 1, 2 и 3
8. верно 1, 3 и 4
9. верно 2, 3 и 4

88. У пациента, которому 4 недели назад произведена ларингэктомия, внезапно возникло удушье и цианоз. Ваши действия?

A.интенсивное увлажнение вдыхаемого воздуха

B.масочное дыхание

C.удаление трахеотомической канюли и оротрахеальная интубация

D.удаление трахеотомической канюли и отсасывание секрета из трахеобронхиального дерева

E.борьба с шоком

89.При какой из нижеперечисленных локализаций рака гортани прогноз для пациента наиболее благоприятен?

A.голосовые складки

B.вестибулярный отдел

C.подсвязочное пространство

D.гортаноглотка

E.между вышеназванными локализациями нет существенной разницы в прогнозе для больного

90.Показаниями к трахеотомии являются

1.необходимость длительной искусственной вентиляции

2.длительное нарушение сознания после черепно-мозговой травмы

3.тупая травма гортани с переломами хрящей

4.большие опухоли гортани, приводящие к дыхательной недостаточности

5.односторонний парез возвратного нерва

A.верно 1 и 2

B.верно 3 и 4

C.верно 1, 3 и 4

D.верно 1, 2, 3 и 4

E.1-5=все верно

91.При подозрении на проглатывание большого инородного тела показаны следующие диагностические мероприятия

1.непрямая ларингоскопия

2.обзорная рентгенография

3.контрастная рентгенография ( с сульфатом бария )

4.диагностическая торакотомия

5.эзофагоскопия

A.верно 1, 2 и 5

B.верно 2, 3 и 4

C.верно 2, 3 и 5

D.верно 1, 2, 3 и 5

E.1-5=все верно

92.К мероприятиям при тяжелом ожоге верхних дыхательных путей относятся

1.глюкокортикоидная терапия

2.антибактериальная защита от инфекции

3.интубация при асфиксии, в зависимости от ситуации трахеотомия

4.инфузионная терапия шока

A.верно 1

B.верно 3 и 4

C.верно 1, 3 и 4

D.верно 2, 3 и 4

E.1-4=все верно

93.Какое положение верно?

Лечение цервикальных дивертикулов пищевода (ценкеровских) состоит из

A.особого питания

B.наложения гастростомы

C.впячивания дивертикула с циркулярной миотомией нижнего сфинктера пищевода

D.удаления дивертикула с миотомией верхнего сфинктера пищевода

E.все неверно

94.К симптомам ценкеровских дивертикулов могут быть причислены

1.боли при глотании

2.регургитация непереваренной пищей

3.чувство сдавления в области вырезки грудины

4.потеря веса

A.верно 1 и 2

B.верно 2 и 3

C.верно 1, 3 и 4

D.верно 2, 3 и 4

E.1-4=все верно

95. Рак пищевода

1. возникает чаще при злоупотреблении крепкими алкогольными напитками
2. чаще встречается у пожилых мужчин
3. чаще встречается в местах трех физиологических сужений пищевода
4. рано метастазирует гематогенно в печень и легкие
5. может привести к трахеопищеводному свищу и, следовательно, к аспирационной пневмонии
6. верно 1, 3 и 5
7. верно 2, 3 и 4
8. верно 1, 2, 3 и 5
9. верно 1, 2, 4 и 5
10. 1-5=все верно

96.В диагностике образований шеи неясного генеза высоко информативны следующие методы исследования

1.пальпация

2.эндоскопия

3.диагностическая биопсия

4.сцинтиграфия щитовидной железы

5.СТ

1. верно 4 и 5
2. верно 1, 2 и 3
3. верно 1, 2, 3 и 4
4. верно 2, 3, 4 и 5
5. 1-5=все верно

97.Срединная киста шеи

A.остаток sinus cervicalis (остаток второй жаберной щели)

B.кистозно перерожденное эпителиальное тельце

C.остаток тимуса во время передвижения его из третьей жаберной дуги в средостение

D.исходит из остатков ductus thyreoglossus

E.соответствует бранхиогенной кисте

98.Возникновение боковой кисты шеи может быть из

A.ретрофарингеального абсцесса

B.персистирующего 2 глоточного кармана

C.пульсионного дивертикула

D.тракционного дивертикула

E.персистирующего ductus thyreoglossus

99.При односторонней припухлости мягких тканей шеи необходимо дифференцировать

1. лимфаденит
2. гломусную опухоль
3. проглоченное инородное тело
4. внутреннюю кисту гортани
5. боковую кисту шеи
6. верно 1
7. верно 1 и 3
8. верно 1, 2 и 5
9. верно 2, 3 и 4
10. верно 1, 2, 3 и 5

100.В случае метастаза в шейный лимфатический узел лимфоэпителиального рака в первую очередь необходимо искать первичную опухоль в

1. околоушной слюнной железе
2. носоглотке
3. легком
4. желудка
5. тимусе

**ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ**

1C 2D 3B 4B 5D 6C 7C 8E 9C 10B 11A 12B 13B 14C 15B 16B 17B 18B 19B 20A 21E 22D 23E 24C 25D 26A 27B 28B 29D 30E 31E 32B 33C 34C 35A 36E 37E 38A 39E 40C 41D 42C 43D 44A 45D 46C 47D 48A 49B 50A 51D 52C 53A 54D 55E 56E 57D 58B 59A 60E 61C 62E 63D 64D 65C 66D 67D 68A 69A 70B 71B 72E 73D 74C 75C 76C 77D 78E 79C 80E 81E 82D 83E 84C 85B 86A 87B 88D 89A 90D 91A 92E 93D 94D 95C 96E 97D 98B 99C 100B

***Неврология***

**1. Периферический мотонейрон расположен**

1. в белом веществе головного мозга
2. в пятом слое клеток коры головного мозга
3. *в передних рогах спинного мозга*
4. в задних рогах спинного мозга

**2. Для центрального паралича не характерно**

1. парез или плегия в конечности
2. наличие патологических рефлексов
3. гиперрефлексия
4. *низкий мышечный тонус*

**3. Мышечный тонус для центрального паралича является**

1. атонический
2. пластический
3. *спастический*

**4. Рефлекс с бицепса плеча замыкается на уровне**

1. *С5-С6*
2. Th3-Th4
3. L2-L4

**5. Для периферического паралича не характерно**

1. атрофия мышц
2. *гиперрефлексия*
3. низкий мышечный тонус
4. парез или плегия в конечности

**6. К рефлексам орального автоматизма не относится**

1. *разгибательный подошвенный*
2. хоботковый
3. ладонно-подбородочный
4. дистанс оральный

**7. Гиперрефлексия указывает на поражение**

1. периферического нерва
2. *пирамидного тракта*
3. чувствительного нейрона
4. спинномозгового корешка

**8. Коленный рефлекс замыкается на уровне**

1. C5-C6
2. Th9-Th10
3. *L2-L4*
4. L5-S1

**9. Для спастического мышечного тонуса характерно**

1. симптом “зубчатого колеса”
2. застывание конечностей в приданной позе
3. *симптом”складного ножа”*

**10. Оценка пареза в 4 балла означает**

1. полную неподвижность
2. неспособность поднять конечность против силы тяжести
3. *медленное опускание конечности в пробе Барре*

непроизвольные движения в конечности

**11. Двигательный путь от коры к ядрам ЧМН называется**

1. кортикоспинальным
2. *кортико-нуклеарным*
3. фронто-понто-церебеллярным
4. руброспинальным

**12. Тела центральных нейронов расположены**

1. в белом веществе головного мозга
2. в передних рогах спинного мозга
3. *в пятом слое клеток коры головного мозга*
4. в задних рогах спинного мозга

**13. Перекрест пирамидных путей происходит**

1. *в продолговатом мозге*
2. в коре головного мозга
3. в мосту
4. перекрест отсутствует

**14. Большая часть пирамидного пути в спинном мозге проходит в**

1. передних столбах
2. задних столбах
3. *боковых столбах*
4. передних рогах

**15. Мышечный тонус в конечностях при периферическом параличе**

1. повышен
2. *понижен*
3. не изменен

**16. Фасцикуляции в мышцах чаще всего указывают на**

1. поражение центрального мотонейрона
2. *поражение периферического мотонейрона*
3. множественное поражение нерва

**17. Сочетание сгибательной контрактуры в руке и разгибательной в ноге носит название позы**

1. Ромберга
2. *Вернике-Манна*
3. Будды

**18. В нижних конечностях в норме не вызывается**

1. *коленный рефлекс*
2. рефлекс Бабинского
3. *подошвенный рефлекс*
4. *Ахиллов рефлекс*

**19. Патологическими рефлексами с верхних конечностей являются:**

1. *Бабинского*
2. *Россолимо*
3. *Якобсона-Ласка*
4. Карпорадиальный

**20. Какие структуры относятся к неостриатуму:**

1. Бледный шар
2. Черная субстанция
3. *Хвостатое ядро*
4. Субталамической ядро Льюиса
5. *Скорлупа*

**21. При синдроме паркинсонизма:**

1. Повышается уровень дофамина
2. *Снижается уровень дофамина*
3. *Дегенерируют дофаминэргические нейроны*
4. *Дегенерируют рецепторы к дофамину*

**22. К парадоксальным гиперкинезиям при паркинсонизме относится:**

1. Ретропульсия
2. Латеропульсия
3. *Акатазия*
4. *Дистония*
5. Уменьшение симптомов при эмоциональных заболеваниях

**23. При хорее Гентингтона наблюдается:**

1. *Хореический гиперкинез*
2. Ахейрокинез
3. Парадоксальная кинезия
4. *Деменция*

**24. Миоклония возникает при поражении:**

1. Скорлупы
2. Бледного шара
3. *Оливо-денто-рубрального треугольника*
4. Черной субстанции
5. Субталамического ядра Льюиса

**25. Ахейрокинез это:**

1. Снижение мышечного тонуса в руках
2. Повышение мышечного тонуса в ногах
3. *Отсутствие содружественных движений рук при ходьбе*
4. Падение вперед

**26. Какие структуры относятся к паллидуму:**

1. *Бледный шар*
2. *Черная субстанция*
3. 4-е и 6-е поля коры больших полушарий
4. Таламус

**27. При гиперкинезах:**

1. Повышается мышечный тонус в конечностях
2. *Снижается мышечный тонус в конечностях*
3. *Движения носят произвольный характер*
4. Движения не произвольны

**28. Акинезия при паркинсонизме не характеризуется**

1. Брадикинезией
2. Олигокинезией
3. Ахейрокинезией
4. *Дискинезией*

**29. Болезни Паркинсона присущи**

1. *Дебют с одной руки*
2. Дебют с ног
3. *Реакция на препараты леводопы*
4. Отсутствие реакции на препараты леводопы
5. Пирамидная симптоматика

**30. Баллизм возникает при поражении**

1. Скорлупы
2. Бледного шара
3. Оливо-денто-рубрального треугольника
4. *Субталамического ядра Льюиса*

**31. При паркинсонизме почерк у пациентов:**

1. Меняется по типу макрографии
2. *Меняется по типу микрографии*
3. Не меняется
4. Пациенты не могут писать

**32. Какие структуры не относятся к пирамидной системе:**

1. Бледный шар
2. Черная субстанция
3. Мозжечок
4. *Альфа-мотонейроны спинного мозга*
5. Гамма-мотонейроны спинного мозга

**33. Тремор при паркинсонизме:**

1. *Выражен в покое*
2. Появляется при направленных движениях
3. *Уменьшается при направленных движениях*
4. *Имеет низкую частоту*
5. Имеет высокую частоту

**34. При паркинсонизме характерны психические нарушения в виде:**

1. *Акайрии*
2. *Депрессии*
3. Мании
4. Акинетического мутизма

**35. Сосудистому паркинсонизму присущи:**

1. Дебют с одной руки
2. *Дебют с ног*
3. Реакция на препараты леводопы
4. *Отсутствие реакции на препараты леводопы*
5. *Пирамидная симптоматика*

**36. К гиперкинезам не относится:**

1. Баллизм
2. Тики
3. *Латеропульсия*
4. Атетоз

**37. Ахейрокинез развивается при:**

1. Хорее Сидегама
2. Хорее Гентингтона
3. Синдроме Туретта
4. *Нейролептическом паркинсонизме*
5. *Марганцевом паркинсонизме*

**38. Через какую структуру не проходит новый экстрапирамидный путь:**

1. 4-е и 6-е поля коры больших полушарий
2. *Таламус*
3. Варолиев мост
4. Зубчатое ядро мозжечка
5. Красное ядро

**39. Для паркинсонизма характерно:**

1. *Тремор головы по типу «да-да», «нет-нет»*
2. *Повышение мышечного тонуса по пластическому типу*
3. Блефароспазм
4. *Ахейрокинез*

**40. При паркинсонизме не наблюдается следующих симптомов:**

1. Симптом «воздушной подушки»
2. *Симптом «складного ножа»*
3. Симптом «стопы Вестфаля»
4. *Положительная проба Оршанского*

**41. Баллизм это:**

1. Медленные червеобразные движения кисти
2. *Бросковые гиперкинезы конечностей*
3. Вращательный гиперкинез туловища
4. Стереотипные сокращения отдельных групп мышц

**42. Постуральные нарушения (частые падения) характерны для:**

1. *Дебюта сосудистого паркинсонизма*
2. Дебюта болезни Паркинсона
3. Хореи Гентингтона
4. Мозжечковой атаксии

**43. Основным звеном в патогенезе болезни Паркинсона являтся дегенерация:**

1. Скорлупы
2. Хвостатого ядра
3. *Черной субстанции*
4. Мозжечка

**44. Ригидность при паркинсонизме характеризуется:**

1. *Преобладанием в мышцах-сгибателях*
2. Преобладанием в мышцах-разгибателях
3. *Пластическим мышечным тонусом*
4. Симптомом «складного ножа»

**45. Атетоз это:**

1. *Медленные червеобразные движения кисти*
2. Бросковые гиперкинезы конечностей
3. Вращательный гиперкинез туловища
4. Стереотипные сокращения отдельных групп мышц

**46. Вегетативные нарушения при паркинсонизме приводят к:**

1. *Сальности кожных покровов*
2. *Брадикардии*
3. Тахикардии
4. *Гипотензии*
5. Гипертензии

**47. Гиперкинезы при паркинсонизме возможны при:**

1. *Передозировке препаратов леводопы*
2. Развитии парадоксальных кинезий
3. Поражении бледного шара

**48. Как иначе можно назвать синдром паркинсонизма**

1. Гипотонически-гиперкинетический
2. *Гипертонически-гипокинетический*
3. *Акинетико ригидный*
4. *Амиостатический*

**49. К гиперкинезам не относятся**

1. Хорея
2. Атетоз
3. *Ахейрокинез*
4. Дистония
5. *Атаксия*

**50. Миоклония – это:**

1. Медленные червеобразные движения кисти
2. Бросковые гиперкинезы конечностей
3. Вращательный гиперкинез туловища
4. *Стереотипные сокращения отдельных групп мышц*

**51. Тики - это:**

1. Мощные размашистые движения в конечностях
2. *Быстрые непроизвольные сокращения мышц*
3. Медленные «червеобразные» движения в кистях

**52. К нервам мостомезжечкового угла относят:**

1. I и II нервы
2. III, IV, VI черепно-мозговые нервы
3. *VII, VIII, IV, V черепно-мозговые нервы*
4. IX, X, XII черепно-мозговые нервы
5. IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы

**53. Барабанная струна является ветвью:**

1. *Лицевого нерва*
2. Языкоглоточного нерва
3. Преддверно-улиткового нерва
4. Блуждающего нерва
5. Тройничного нерва

**54. Глазодвигательный нерв иннервирует все мышцы, за исключением:**

1. Мышцы, поднимающей верхнее веко
2. Мышцы, суживающей зрачок
3. Верхней, нижней, внутренней прямой мышцы глаза
4. *Верхней косой мышцы*
5. Нижней косой мышцы

**55. Для поражения глазодвигательного нерва характерно:**

1. Симптом Белла
2. Сходящееся косоглазие
3. Ограничение движений глазного яблока кнаружи
4. Слезотечение
5. *Расходящееся косоглазие*

**56. Отводящий нерв иннервирует:**

1. Нижнюю косую мышцу
2. Верхнюю косую мышцу
3. Внутреннюю прямую мышцу
4. *Наружную прямую мышцу глаза*
5. Реснитчатую мышцу

**57. При поражении тройничного нерва возникает:**

1. Сглаженность контралатеральной носогубной складки
2. *Нарушение чувствительности кожи лица*
3. Снижение глоточного рефлекса на стороне поражения
4. Сухость во рту
5. Анизокория

**58. Симптом периферического поражения лицевого нерва:**

1. Парез жевательных мышц на стороне поражения
2. *Парез мимической мускулатуры на стороне поражения*
3. Изолированное опущение угла рта на стороне поражения
4. Изолированное опущение угла рта на контралатеральной стороне
5. Парез мышцы, поднимающей веко

**59. К вестибулярному синдрому относятся:**

1. Тошнота
2. Рвота
3. Системное головокружение
4. Атаксия
5. *Снижения мышечной силы*

**60. Для периферического поражения языкоглоточного нерва характерно:**

1. Насильственный плач
2. Тошнота и рвота
3. Дисфагия
4. *Девиация языка*
5. Афазия

**61. Для поражения добавочного нерва характерно:**

1. Бульбарный синдром
2. Псевдобульбарный синдром
3. Феномен Белла
4. *Парез трапециевидной мышцы*
5. Парез шилоглоточной мышцы

**62. В верхней глазничной щели проходят:**

1. II нерв
2. *III, IV, VI, V (частично) черепно-мозговые нервы*
3. VII, VIII, IV, V черепно-мозговые нервы
4. IX, X, XII черепно-мозговые нервы
5. IX, X, XI, XII черепно-мозговые нервы

**63. Большой каменистый нерв является ветвью:**

1. *Лицевого нерва*
2. Языкоглоточного нерва
3. Преддверно-улиткового нерва
4. Блуждающего нерва

Тройничного нерва

**64. Для поражения глазодвигательного нерва характерно:**

1. Симптом Белла
2. Сходящееся косоглазие
3. *Ограничение движений глазного яблока внутрь*
4. Парез взора вверх
5. Снижение остроты зрения

**65. Для поражения отводящего нерва характерно:**

1. Симптом Гертвига-Можанди
2. Отсутствие содружественной фотореакции
3. Расходящееся косоглазие
4. *Ограничение движений глазного яблока кнаружи*
5. Парез взора вверх

**65. Тройничный нерв иннервирует:**

1. Мимические мышцы
2. *Жевательные мышцы*
3. Кивательные мышцы
4. Трапециевидные мышцы

**66. Симптомом периферического поражения лицевого нерва является:**

1. Парез жевательных мышц на стороне поражения
2. Изолированное опущение угла рта на стороне поражения
3. Изолированное опущение угла рта на контралатеральной стороне
4. Парез мышцы, поднимающей веко
5. *Гиперакузия*

**67. К вестибулярному синдрому относится:**

1. Диффузная головная боль
2. Несистемное головокружение
3. *Системное головокружение*
4. Апраксия
5. Снижение мышечной силы

**68. Для периферического поражения подъязычного нерва характерно:**

1. Насильственный плач
2. Афазия
3. Гемианопсия
4. Дисфагия
5. *Атрофия мышц половины языка*

**69. Для поражения глазодвигательного нерва справа характерно:**

1. Парез взора вправо
2. Парез взора влево
3. Сходящееся косоглазие
4. *Анизокория*
5. Парез взора вверх

**70. Для центрального поражения подъязычного нерва характерно**

1. Насильственный плач
2. *Девиация языка*
3. Фасцикуляции
4. Дисфагия
5. Атрофия мышц половины языка

**71. Для бульбарного синдром характерно:**

1. Повышение глоточных рефлексов
2. Насильственный смех или плач
3. *Дисфагия, дизартрия, дисфония*
4. Появление рефлексов орального автоматизма
5. Оральная апраксия

**72. Где совершают перекрест пучки Голля и Бурдаха:**

1. На уровне нижних олив
2. В передней серой спайке и на 2-3 сегмента выше уровня вхождения в спинной мозг
3. *В варолиевом мосту*
4. В продолговатом мозге
5. Во внутренней капсуле

**73. Как называется ощущение ползания мурашек, зуда, холода:**

1. Анальгезия
2. Гипестезия
3. Дизестезия
4. Геперпатия
5. *Парестезия*

**74. Какие рецепторы воспринимают тепловые раздражения**

1. Тельца Фатера-Паччини
2. Колбы Краузе
3. *Тельца Руффини*

**75. Сколько нейронов входит в состав путей общей чувствительности:**

1. 2
2. *3*
3. 4

**76. Через какой участок внутренней капсулы проходит таламокортикальный путь:**

1. *Заднюю треть задней ножки*
2. Переднюю треть задней ножки
3. Передние 2/3 заднего бедра

**77. Каким симптомом проявляется поражение нижней теменной дольки:**

1. Альтернирующим типом расстройства чувствительности
2. *Астереогнозом*
3. Проводниковыми нарушениями чувствительности
4. Расстройствами чувствительности по полиневритическому типу
5. Синдромом Броуна-Секара

**78. Какой вид чувствительности не относится к поверхностной:**

1. Болевая
2. Температурная
3. *Мушечно-суставное чувство*
4. Тактильная

**79. Каким симптомом проявляется поражение половины поперечника спинного мозга:**

1. Альтернирующим типом расстройства чувствительности
2. Астереогнозом
3. Проводниковыми нарушениями чувствительности
4. Расстройствами чувствительности по полиневритическому типу
5. *Синдромом Броуна-Секара*

**80. Где расположено тело первого чувствительного нейрона для всех видов чувствительности:**

1. В коже
2. В слизистых
3. *В межпозвоночном ганглии*
4. В заднем роге спинного мозга
5. В вентролатеральном ядре гипоталамуса

**81. Как называется извращение восприятия раздражения**

1. Анальгезия
2. Гипестезия
3. *Дизестезия*
4. Геперпатия
5. Парестезия

**82. Какой вид чувствительности не относится к глубокой:**

1. *Тактильная*
2. Мышечно-суставное чувство
3. Чувство давления
4. Чувство массы

**83. Как называется симптом натяжения при растяжении нерва или корешка:**

1. Симптом Лессажа
2. Симптом Кернига
3. *Симптом Лассега*
4. Симптом Брудзинского

**84. Каким симптомом проявляется поражение периферических нервных** **окончаний:**

1. Альтернирующим типом расстройства чувствительности
2. Астереогнозом
3. Проводниковыми нарушениями чувствительности
4. *Расстройствами чувствительности по полиневритическому типу*
5. Синдромом Броуна-Секара

**85. Где расположено тело первого чувствительного нейрона для всех видов** **чувствительности:**

1. *В задних рогах спинного мозга*
2. В вентролатеральном ядре гипоталамуса
3. В коре головного мозга, в постцентральной извилине

**86. Какие виды чувствительности относятся к сложной чувствительности:**

1. Вибрационная чувствительность
2. Чувство давления
3. *Дискриминационная чувствительность*
4. *Стереогноз*

**87. Где расположено тело второго чувствительного нейрона для всех видов** **чувствительности:**

1. *В задних рогах спинного мозга*
2. В вентролатеральном ядре гипоталамуса
3. В коре головного мозга, в постцентральной извилине

**88. Нарушение выполнений действий по заданию, по подражанию, а также** **спонтанных действий с одной стороны встречается при апраксии:**

1. Идеаторной
2. Конструктивной
3. *Моторной апраксии Дежерина*
4. Кинестической
5. Оральной

**89. Апперцептивный вариант встречается при агнозии:**

1. Слуховой
2. Сенситивной
3. *Зрительной*
4. Обонятельной
5. Вкусовой

**90. При поражении нижних участков постцентральной извилины левого** **полушария у правшей развивается апраксия:**

1. Идеаторная
2. Конструктивная
3. Моторная апраксия Дежерина
4. Кинестическая
5. *Оральная*

**91. Бесплодные рассуждения, мудрствования, пустословие это:**

1. Разорванное мышление
2. Онейроидный синдром
3. *Резонерство*
4. Бредовые идеи
5. Акинетический мутизм

**92. Отсутствие склонений и спряжений (аграмматизм) встречается при афазии:**

1. Сенсорной
2. *Моторной*
3. Амнестической
4. Семантической

**93. Ассоциативный вариант встречается при агнозии:**

1. Слуховой
2. Сенситивной
3. *Зрительной*
4. Обонятельной
5. Вкусовой

**94. Нарушение выполнений действий по заданию и символических действий** **при сохранности выполнения действий по подражанию встречается при** **апраксии:**

1. *Идеаторной*
2. Конструктивной
3. Моторной апраксии Дежерина
4. Кинестической
5. Оральной

**95. Ослабление или отсутствие запоминания текущих событий – это:**

1. Антероретроградная амнезия
2. Прогрессирующая амнезия
3. Кататимная амнезия
4. *Фиксационная амнезия*
5. Конградная амнезия

**96. Нарушение логических связей между словами – это:**

1. *Разорванное мышление*
2. Онейроидный синдром
3. Резонерство
4. Бредовые идеи
5. Акинетический мутизм

**97. Нарушение фонематического слуха встречается при афазии:**

1. *Сенсорной*
2. Моторной
3. Амнестической
4. Семантической

**98. Астереогноз встречается при поражении:**

1. Лобной доли доминантного по речи полушария
2. *Теменной доли обеих полушарий*
3. Височной доли субдоминантного по речи полушария
4. Височной доли обоих полушарий
5. Лобной доли субдоминантного по речи полушария

**99. Нарушение направления движений встречается при апраксии:**

1. Идеаторной
2. *Конструктивной*
3. Моторной апраксии Дежерина
4. Кинестической
5. Оральной

**100. Выпадение из памяти психогенных неприятных впечатлений и событий –** **это:**

1. Антероретроградная амнезия
2. Прогрессирующая амнезия
3. *Кататимная амнезия*
4. Фиксационная амнезия
5. Конградная амнезия

**101. Состояние патологического сна, из которого больной может быть выведен** **при интенсивном тормошении, болевом раздражении – это:**

1. Оглушенность
2. Онейроидный синдром
3. *Сопор*
4. Кома
5. Акинетический мутизм
6. Транс

**102. Нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций** **встречается при афазии:**

1. Сенсорной
2. Моторной
3. Амнестической
4. *Семантической*

**103. Прозапатогнозия встречается при агнозии:**

1. Слуховой
2. Сенситивной
3. *Зрительной*
4. Обонятельной
5. Вкусовой

**104. Астазия и абазия встречаются при поражении доли:**

1. *Лобной*
2. Височной
3. Затылочной
4. Теменной

**105. Потеря памяти на события, произошедшие в период изменения сознания –** **это:**

1. Антероретроградная амнезия
2. Прогрессирующая амнезия
3. Кататимная амнезия
4. Фиксационная амнезия
5. *Конградная амнезия*

**106. Каковы основные функции вегетативной нервной системы:**

1. *Регуляция деятельности внутренних органов*
2. Регуляция мышечного тонуса
3. *Регуляция деятельности сосудов, эндо- и экзокринных желез*
4. *Поддержание гомеостаза на тканевом, системном и органном уровнях*

**107. Какое вещество является медиатором симпатической нервной системы:**

1. Эрготамин
2. Норадреналин
3. *Адреналин*
4. Атропин
5. Ацетилхолин

**108. В каком образовании берет свое начало преганглионарный парасимпатический нейрон, обеспечивающий парасимпатическую иннервацию глаза:**

1. *В добавочном ядре глазодвигательного нерва*
2. Ядре Перила
3. Nucl. n. oculomotorii

**109. Чем характеризуется истинное недержание мочи:**

1. *Постоянным выделением мочи каплями по мере поступления в мочевой пузырь*
2. Постоянным выделением мочи каплями при переполненном мочевом пузыре
3. Автоматическим опорожнением мочевого пузыря при небольшом наполнении

**110. Какое вещество является возбуждающим медиатором парасимпатической нервной системы:**

1. Эрготамин
2. Норадреналин
3. Адреналин
4. Атропин
5. *Ацетилхолин*

**111. Какое вещество является тормозным медиатором парасимпатической нервной системы:**

1. Эрготамин
2. Норадреналин
3. Адреналин
4. *Атропин*
5. Ацетилхолин

**112. Какие симптомы возникают при раздражении задних отделов гипоталамуса:**

1. *Мидриаз*
2. Миоз
3. *Тахикардия*
4. Брадикардия
5. *Артериальная гипертензия*
6. Артериальная гипотензия

**113. Эффектом действия каких волокон является сужение зрачка:**

1. Симпатических
2. *Парасимпатических*

**114. Какой эффект на стенку сосуда оказывает возбуждение симпатической нервной системы:**

1. *Сужение сосудов*
2. Расширение сосудов

**115. Чем характеризуется парадоксальное недержание мочи:**

1. Постоянным выделением мочи каплями по мере поступления в мочевой пузырь
2. *Постоянным выделением мочи каплями при переполненном мочевом пузыре*
3. Автоматическим опорожнением мочевого пузыря при небольшом наполнении

**Ответы**

1 c

2 d

3 c

4 a

5 b

6 a

7 b

8 c

9 c

10 c

11 b

12 c

13 a

14 c

15 b

16 b

17 b

18 acd

19 abc

20 ce

21 bcd

22 cd

23 ad

24 c

25 d

26 ab

27 bc

28 d

29 ac

30 d

31 b

32 d

33 ad

34 ab

35 bde

36 c

37 de

38 b

39 abd

40 bd

41 b

42 a

43 c

44 ac

45 a

46 abd

47 a

48 bcd

49 ce

50 d

51 b

52 c

53 a

54 d

55 e

56 d

57 b

58 b

59 e

60 d

61d

62 b

63 a

64 c

65 d

66 e

67 c

68 e

69 d

70 b

71 c

72 c

73 e

74 c

75 b

76 a

77 b

78 c

79 e

80 c

81 c

82 b

83 c

84 d

85 a

86 d

87 a

88 c

89 c

90 e

91 c

92 b

93 c

94 a

95 d

96 a

97 a

98 b

99 b

100 c

101 c

102 d

103 c

104 a

105 e

106 ad

107 c

108 a

109 a

110e

111 d

112 ace

113 b

114 a

115 b

***Дерматовенерология***

1. Назовите основную группу медикаментов для лечения тяжелых токсикодермий

- Антигистаминные препараты

- Анальгетики

- Глюкокортикостекроиды

- Анксиолитики

1. Називите самую тяжелую форму лекарственной токискодермии

- Отек Квинке

- Дисгидротическая экзема

- Токсический эпидермальный некролиз

- Крапивница

1. Возбудителем чесотки является

- Лобковая вошь

- иксодовый клещ

- блохи

- клещ Acarus scabiei

1. Назовите источник заражения чесоткой

- Домашние животные

- Больной человек

- Дикие животные

- Птицы

5. Переносчиком какого заболевания может быть платяная вошь?

- Брюшной тиф

- Стрептодермия

- Гепатит В

- Сыпной тиф

6. Назовите самое тяжелое осложнение фурункула лица

- Флегмона лица

- Тромбоз основания синуса мозга + сепсис

- Сепсис

- Парез лицевого нерва

7. Какие лечебные и гигиенические мероприятия запрещены больному с гнойничковой патологией кожи?

- Перевязки

- Мытье и другие водные процедуры

- Смена белья

- Массаж

8.Назовите возбудителя опоясывающего герпеса

- Вирус простого герпеса

- Папиломавирус

- Ротавирус

- Вирус варицелле-зостер

9. Какие системные препараты необходимо назначить больным тяжелыми герпетическими инфекциями?

- Производные ацикловира

- Фторхинолоны

- Цефалоспорины

- Поливитамины

10. Какое поражение слизистой оболочки полости рта патогномонично для СПИДа?

- Афтозный стоматит

- Волосатая лейкоплакия языка

- Эрозивный стоматит

-Геморрагические пузыри

11. Какие группы препаратов резко обостряют течение псориаза?

- Анксиолитики

- Бета- блокатолры

- Альфа- блокаторы

- Диуретики

12.Какая соматическая патология часто сопровождает высыпания псориаза?

- Суставной синдром

- Дискинезия ЖВП

- Варикозный симптомокомлекс

- Колит

13. Назовите самые заразные проявления сифилиса

- Эрозивно-язвенные элементы на коже и слизистых

- Розеолезная сыпь

- сифилитический полиневрит

- Лейкодерма

14. Какое исследование необходимо провести больному с подозрением на сифилитический менингит?

- Люмбальная пункция

- Серологическое исследование ликвора

- Ренгенография черепа

- электроэнцефалограмма

15. Вещества сенсибилизирующего действия вызывают все перечисленное, кроме

- простого контактного дерматита

- аллергического контактного дерматита

- экземы

- крапивницы

- токсикодерми

16. К физическим факторам, которые могут вызвать профессиональные дерматозы, относятся

- механические воздействия

- воздействия низких и высоких температур

- различные виды лучистой энергии

(проникающие и непроникающие излучения)

- воздействие электрическим током

- все перечисленные

17. Ожог, вызванный концентрированной щелочью, характеризуется всем перечисленным, кроме

- сухого струпа

- мягкого струпа

- нечетких границ

- постепенного распространения некроза вглубь и по периферии

- рыхлого струпа

18. Токсикодермия характеризуется

- бурной воспалительной реакцией кожи

- большой распространенностью, вплоть до эритродермии

- нарушением общего состояния

- быстрым регрессом после устранения контакта с аллергеном

- всем перечисленным

19. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме

- появления на коже фликтен

- желтых корок

- быстрого распространения

- воспалительных узлов

- воспалительного ободка вокруг фликтен

20. Для простого герпеса характерны все перечисленные признаки, кроме

- эритемы

- отека

- группы пузырьков

- пузырей

- эрозий

- склонности к рецидивам

21. Опоясывающий лишай может проявляться

- эритемой

- пузырьками

- отеком

- язвами

- некрозом

- все перечисленное

22. Рожа

- стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки

- часто локализуется на лице

- редко повторяется

- пораженная поверхность может быть покрыта пузырями

- правильно все перечисленное, кроме в)

23. Для поверхностной стафилодермии характерно

- появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом

- наличие воспалительного венчика по периферии пустул

- и то, и другое

- ни то, ни другое

24. При гнойничковой инфекции кожи не следует назначать

- флуцинар

- чистый деготь

- мази с антибиотиками

- фукорцин

- анилиновые красители

25. Клещевой дерматит может вызываться укусами клещей-паразитов

- домовых мышей

- домовых крыс

- домашней птицы

- голубей и других птиц, обитающих на чердаках

- всех перечисленных

26. Онихолизис может возникнуть на фоне

- кожных болезней

- травматизации

- эндокринных нарушений

- бактериальных и грибковых инфекций

- всего перечисленного

27. Для разноцветного лишая характерно

- хроническое течение

- наличие пятен

- отрубевидное шелушение

- фестончатые очертания очагов

- все перечисленное, кроме г)

28. Для микроспории гладкой кожи характерно все перечисленное, кроме

- пятен

- нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения

- пузырьков по краю очагов

- шелушения

- пустул

29. Шанкр-амигдалит представляет из себя

- эрозию миндалины

- язву миндалины

- увеличенную в размерах гиперемированную миндалину

- увеличенную в размерах миндалину обычной окраски

30. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается при

- сопутствующих инфекционных заболеваниях

- биполярном расположении твердых шанкров

- приеме антибиотиков в течение инкубационного периода

- продолжении половой жизни с источником заражения

31. Вторичные сифилиды характеризуются следующими признаками

- имеют нечеткие края, неправильные очертания

- сопровождаются чувством жжения, болезненностью

- имеют островоспалительный характер

- разрешаются бесследно

32. Вторичный период сифилиса начинается с момента заражения

в среднем через

- 1-2 месяца

- 2-3 месяца

- 3-4 месяца

- 4-5 месяцев

33. Среди атипичных форм твердого шанкра различают все перечисленные, кроме

- индуративного отека

- фагеденического твердого шанкра

- шанкра-панариция

- шанкра-амигдалита

34. После заражения сифилисом твердый шанкр чаще всего появляется спустя

- 1 неделю

- 2 недели

- 3-5 недель

- 6-7 недель

- 8-9 недель

35. Бледная трепонема - это

- микроорганизм спиралевидной формы

- микроорганизм шарообразной формы

- микроорганизм палочковидной формы

- микроорганизм нитевидной формы

36. Для клиники вульгарного импетиго характерно:

- появление воспалительного пятна

- появление на фоне пятен фликтен

- резкая болезненность

- густой сливкообразный гной в пустулах

- образование серовато-желтых "медовых" корок

37. При чесотке наблюдается поражение кожи на излюбленных местах:

- кожа тыла кистей

- волосистая часть головы

- кожа межпальцевых складок

- кожа межлопаточной области

- кожа низа живота

- половой член

- щеки и заушная область

- ягодицы

- кожа наружной поверхности бедер

38. Клиническая картина при педикулезе головы характеризуется:

- зудом

- многочисленными рассчесами

- появлением узелковых элементов

- изъязвлениями

- присоединением вторичной пиодермии

39. Обострение экземы кистей может быть связано с

- фазой менструального цикла

- стрессами

- временем года

- сменой климата

- контактом с бытовой химией

40. Какие из приведенных утверждений верны?

- акне встречается только у юношей и девушек до окончания периода полового созревания

- регулярное применение мыла и спиртовых лосьонов для очищения кожи помогает в лечении больных с акне

- черный цвет открытых комедонов обусловлен низким уровнем гигиены пациента

- основой патогенеза акне является гиперпродукция кожного сала  
- для лечения тяжелых форм акне применяются системные ретиноиды

Травматология и ортопедия

### **Открытые переломы костей. Гнойные осложнения переломов. Травматический остеомиелит»**

### 1. Какой перелом называется открытым?

а) над областью перелома имеется рана проникающая или не проникающая до костных отломков

б) в результате перелома открывается костномозговой канал

в) Перелом, к которому применяется открытый метод ведения

**Правильный ответ а**

2. Сроки ранней первичной хирургической обработки ран без профилактического применения антибиотиков

а) 12-24 ч

б) до 12 ч

в) До 3 ч.

**Правильный ответ б**

3. Когда необходимо дренировать рану после первичной хирургической обработки?

а) Только в случае невозможности провести полный гемостаз

б) Только в случае значительного загрязнения раны

в) Только при отсутствии возможности проведения в дальнейшем адекватной антибиотикотерапии

г) Во всех случаях

**Правильный ответ г**

4 Под вторичным заживлением раны не следует понимать заживление

а) вторичным натяжением

б) через нагноение

в) через грануляции

г) через отторжение погибших тканей

д) после вторичной хирургической обработки

**Правильный ответ д**

5.Что лежит в основе травматического остеомиелита?

а) Остеосклероз в результате нарушения кровообращения

б) Остеонекроз

в) Остеопороз

**Правильный ответ б**

6. Как называется открытый перелом, при котором повреждение кожных покровов произошло в момент травмы?

а) первично проникающий

б) вторично проникающий

в) первично открытый

**Правильный ответ в**

7. Сроки отсроченной первичной хирургической обработки ран без профилактического применения антибиотиков

а) 12-24 ч

б) 24-48 ч

в) Более 48 ч

**Правильный ответ а**

8. При обработки раны как поступают со свободно лежащими загрязненными костными отломками?

а) Удаляют из раны во избежании гнойных осложнений

б) Фиксируют к основным отломкам спицами или проволокой

в) Укладывают на отломки после предварительной очистки

**Правильный ответ в**

9. При наличии у пострадавшего слепой, осколочной глубокой раны с узким входным отверстием первичную хирургическую обработку следует начинать с:

а) Зондирования для определения направления и глубины раневого канала

б) Удаления инородных тел

в) Иссечения размозженных краев раны

г) Рассечения раны

**Правильный ответ г**

10. Первично-отсроченным швом является

а) шов на рану, подвергшейся хирургической обработке через одну неделю после повреждения

б) шов, наложенный на рану, подвергнувшейся обработке через один месяц после повреждения

в) шов, накладываемый на рану в течение первых 5-6 дней после раненияна предварительно обработанную рану до появления грануляций

г) шов, наложенный на гранулирующую ранус подвижными нефиксированными краями, без наличия рубцов

д) шов, наложенный на гранулирующую ранус развитой рубцовой тканью после иссечения кожных краев и дна раны

**Правильный ответ в**

11. Основной причиной формирования хронического остеомиелита является

а) Снижение кровоснабжения костной ткани

б) Наличие некротических очагов (секвестров)

в) Резкое снижение иммунологического статуса организма

**Правильный ответ б**

12. Как называется открытый перелом, при котором повреждение кожных покровов произошло через некоторое время после травмы травмы?

а) первично проникающий

б) вторично проникающий

в) вторично открытый

**Правильный ответ в**

13. Сроки поздней первичной хирургической обработки ран без профилактического применения антибиотиков

а) до 12 ч

б) 12-24 ч.

в) Позже 24 ч

**Правильный ответ в**

14. Какой вид иммунизации против столбняка проводится взрослому привитому человеку, получившему открытый перелом костей предплечья?

а) только активная

б) только пассивная

в) активная и пассивная

**Правильный ответ а**

15. Поздним вторичным швом называется шов, наложенный

а) в течение первой недели после первичной хирургической обработки до появления грануляций

б) на гранулирующую рану с подвижными краями без наличия рубцов

в) на гранулирующую рану с развитием рубцовой ткани после иссечения краев и дна раны

г) на раны через один месяц после травмы

д) на рану на 2-3 суток после первичной хирургической обработки

**Правильный ответ в**

16. Возможна ли регенерация костной ткани в условиях остеомиелитического процесса?

а) Невозможна

б) Возможна

в) Возможна при условии адекватного лечения

**Правильный ответ б**

**Хирургия**

1. Гигроскопичные свойства марли усиливаются при смачивании ее раствором хлорида натрия в концетрации:

А) 0.9%

Б) 10%

В) 20%

2.Для обработки операционного поля йодонат применяют в концентрации:

А) 0.5%

Б) 1%

В) 5%

3. Для обработки ран применяют раствор перекиси водорода в концентрации:

А) 3%

Б) 6%

В) 10%

4. Для промывания ран используют раствор перманганата калия в концентрации:

А) 0.1%

Б) 1%

В) 5%

5. В качестве дезодоратора можно использовать:

А) Нитрат серебра

Б) Идонат

В) Перманганат калия

6. Для прижигания избыточных грануляций используют нитрат серебра в концентрации:

А) 0.1-0.5%

Б)1-2%

В) 5-10%

7. К рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

А) кетгут

Б) викрил

В) лавсан

8. К нерассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:

А) лавсан

Б) шелк

В) кетгут

Г) тантал

9. Обработка рук хирурга в растворе С-4 (первомур) производится в течение:

А) 1 минуты

Б) 2-х минут

В) 3-х минут

10. Обработка рук хирурга раствором хлоргексидина биглюконата производится в течение:

А) 1 минуты

Б) 2-х минут

В) 3-х минут

11. Из перечисленных заболеваний доброкачественной опухолью является:

А) атерома

Б) десмоид

В) кистома яичника

Г) фиброаденома

Д) кондилома

12. Какие симптомы не характерны для острого аппендицита

**А) триада Дьелафуа**

Б) тошнота, рвота однократная, не приносящая облегчения

В) симптом Кохера,

Г) симптом Кюммеля,

**Д) вынужденное положение**

13. Какие лабораторные показатели не характерны для острого не осложненного аппендицита.

А) увеличение числа лейкоцитов (8-12 х109);

Б) воспалительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

В) увеличение СОЭ,

Г) уменьшение числа эритроцитов,

Д) Эозинофилия.

14. При каком расположении острого аппендицита могут, отмечается альбуминурия, пиурия, микрогематурия:

А) расположение аппендицита левой подвздошной области

Б) расположение аппендицита в точке McBurney

В) при тазовом расположении аппендицита.

Г) ретроцекальном расположении отростка,

Д) верно 3,4.

15. Изменение типичной клинической картины острого аппендицита может иметь место:

А) в поздние сроки заболевания;

Б) у больных детского (до 3-х лет) и старческого возраста;

В) при атипичном положении червеобразного отростка;

Г) во всех случаях;

Д) только при Б) и В).

16. При ретроцекальном расположении ОА не отмечаются:

А) боли локализуются преимущественно в правом боковом канале или в правой поясничной области,

Б) расстройства мочеиспускания и изменения в анализах мочи

В) положительный симптом Коупа,

Г) боли при сгибании и разгибании правого бедра

17. При тазовом расположении острого аппендицита не отмечаются:

А) частые позывы на дефекацию, стул с примесью слизи, отечность и зияние ануса;

Б) учащенные позывы и болезненные мочеиспускания, наличие в моче свежих эритроцитов

В) положительный симптомКоупа

Г) положительный симптомПромптова

18. Острый аппендицит у детей протекает тяжелее и быстрее, в следствие:

А) богатства червеобразного отростка лимфоидной тканью;

Б) повышенной реактивностью организма;

В) пониженной резистентностью брюшины к инфекции;

Г) малыми размерами сальника

Д) отсутствием склонности к отграничению воспалительного процесса и развитию перитонита.

Е) во всех случаях

19. В сомнительных случаях при остром аппендиците у детей не используется:

А) УЗИ,

Б) КТ,

В) Рентгенограмма брюшной полости

Г) МРТ,

Д) лапароскопию.

20. В сомнительных случаях при остром аппендиците у беременных не используется:

А) УЗИ,

Б) МРТ,

В) Рентгенограмма брюшной полости

Г) лапароскопия

21. Какие инструментальные методы не позволяют поставить диагноз при атипичном течении ОА.

А) УЗИ брюшной полости

Б) КТ брюшной полости

В) Лапароскопия

Г) Рентгенограмма брюшной полости

Д) МРТ,

22. Какой признак не характерен для плотного аппендикулярного инфильтрата:

А) анамнеза приступа болей в животе 3-5 суточной давности,

Б) наличия крови в стуле,

В) адинамия, слабость, плохой аппетит, скованность в движениях,

Г) умеренная болезненность при пальпации правой подвздошной области,

Д) пальпируемое плотное неподвижное образованиие в правой подвздошной области.

23. Плановая аппендэктомия после рассасывания аппендикулярного инфильтрата выполняется

А) не ранее чем через 2 недели взрослым;

Б) спустя 1 месяц детям;

В) по истечении 2-3 месяцев у взрослых;

Г) через 4-5 месяцев детям

24. Специфическими симптомами острого аппендицита являются:

А) симптом Кохера – Волковича;

Б ) симптом Образцова;

В) симптом Ситковского; симптом Ровзинга;

Г) все указанные симптомы;

25. Укажите наиболее информативные методы диагностики абсцесса Дугласова пространства

А) лапароскопия;

Б) обзорная рентгенография брюшной полости;

В) пальцевое исследование прямой кишки и влагалища;

Г) УЗИ малого таза с наполненным мочевым пузырем;

Д) контрастное исследование прямой кишки и нижних отделов толстой кишки.

Е) комбинация ответов: А, Б, Д;

Ж) комбинация ответов: В, Г;

З) все методы.

26. При аппендикулярном инфильтрате без признаков абсцедирования в первые 1,5-2 недели применяют все, кроме

А) постельного режима;

Б) УВЧ на область инфильтрата;

В) антибиотиков внутримышечно, лимфотропно или сочетано;

Г) легкоусвояемой диеты (стол №4);

Д) местного применения холода до нормализации температуры.

27. Об абсцедировании аппендикулярного инфильтрата говорит все, кроме

А) высокой температуры;

Б) возобновления или усиления болей;

В) отчетливой тенденции к уменьшению инфильтрата в процессе лечения;

Г) появления симптомов раздражения брюшины;

Д) нарастания лейкоцитоза и ускорения СОЭ.

28. Какова тактика врача при остром аппендиците?

А) Консервативное лечение.

Б) Консервативное лечение и выполнение операции только при деструктивных формах аппендицита.

В) Операция абсолютно показана независимо от формы аппендицита.

Г) Консервативное лечение и операция в плановом порядке.

Д) Операция производится лишь при развитии гнойных осложнений.

29. При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела, Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Воскресенского. О каком заболевании можно думать?

А) Об остром холецистите.

Б) Об остром панкреатите.

В) О почечной колике.

Г) Об остром аппендиците.

Д) О кишечной непроходимости.

30. Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела– 37,6 ° С. Какой диагноз наиболее вероятен у больной?

А) Острый пиелонефрит.

Б) Острый правосторонний аднексит.

В) Острый аппендицит.

Г) Разрыв овариальной кисты.

Д) Нарушенная внематочная беременность.

31. Развитие первичного гангренозного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста связано

А) с острым нарушением кровотока по артерии желчного пузыря атеросклеротической природы;

Б) с обострением хронического калькулезного холецистита и острым блоком пузырного протока конкрементом;

В) с острым блоком пузырного протока вязкой желчью;

Г) с острым блоком терминального отдела гепатикохоледоха;

Д) с острым блоком правого печеночного протока.

32. Клиническими признаками острого холецистита являются

А) напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье;

Б) приступообразные боли в правом подреберье;

В) тошнота, рвота;

Г) иррадиация болей в правое плечо, надплечье;

Д) все ответы правильные.

33. Клиническими признаками острого холецистита являются

А) возникновение болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, надплечье, иногда сопровождающееся тошнотой и рвотой;

Б) возникновение болевого синдрома в эпигастральной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки, левое плечо;

В) неукротимая рвота, не приносящая облегчения;

Г) возникновение болевого синдрома в правом подреберье и правой поясничной области с иррадиацией в правую ногу;

Д) возникновение болевого синдрома в эпигастральной области

с последующим перемещением болей в правую подвздошную область.

34. Патогмоничными для острого холецистита являются следующие симптомы

А) симптом Кохера;

Б) симптом Ортнера;

В) симптом Бартомье – Михельсона;

Г) симптом Керте;

Д) все ответы правильные.

35. Причиной механической желтухи является

А) острый блок общего желчного протока;

Б) острый блок терминального отдела гепатикохоледоха;

В) острый деструктивный панкреатит в области головки поджелудочной железы;

Г) острый папиллит,

Д) все ответы правильные.

36. Причиной механической желтухи является

А) остаточные явления после ранее перенесенного вирусного гепатита;

Б) цирроз печени;

В) дискинезия желчных путей;

Г) дискинезия двенадцатиперстной кишки;

Д) все ответы неверны.

37. Причиной механической желтухи является

А) опухоль гепатикохоледоха;

Б) опухоль головки поджелудочной железы;

В) холедохолитиаз;

Г) острый папиллит;

Д) все ответы верны.

38. При развитии острого флегмонозного холецистита показано

А) проведение консервативной терапии с последующей оценкой состояния пациента и решением вопроса о выполнении экстренной операции;

Б) немедленная экстренная операция;

В) отсроченная экстренная операция;

Г) плановая операция;

Д) все ответы верны.

39. При развитии острого гангренозного холецистита с местным перитонитом показано

А) экстренная операция- холецистэктомия

Б) экстренная ультразвуковая холецистостомия;

В) экстренная лапароскопическая холецистостомия;

Г) все ответы верны;

Д) все ответы не верны.

40. При остром калькулезном холецистите консервативная терапия должна включать

А) применение спазмолитиков;

Б) применение дезинтоксикационной терапии;

В) применение ненаркотических аналгетиков;

Г) применение общеукрепляющей терапии;

Д) все ответы правильные.

41. Показанием для выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии является:

А) желтуха неясного генеза;

Б) подозрение на механическую желтуху в анамнезе у больного с хроническим калькулезным холециститом;

В) механическая желтуха неясного генеза;

Г) подозрение на холедохолитиаз по данным ультразвукового исследования;

Д) все ответы верны

42. Показанием для эндоскопической папиллосфинктеротомии является

А) холедохолитиаз;

Б) холедохолитиаз, сопровождающийся гнойным холангитом;

В) острый терминальный блок холедоха;

Г) острый терминальный блок большого дуоденального сосочка;

Д) все ответы верны.

43. Абсолютным показанием для экстренной эндоскопической папиллотомии является:

А) желтуха неясного генеза;

Б) острый блок большого дуоденального сосочка литиазного генеза;

В) механическая желтуха;

Г) паренхиматозная желтуха;

Д) холедохолитиаз.

44. Если в ближайшем послеоперационном периоде у больного с ЖКБ развивается клиническая картина нарастающей желтухи, следует думать

А) об ятрогенном повреждении и перевязке холедоха в ходе операции;

Б) об остром индуративном панкреатите в области головки поджелудочной железы;

В) об остром блоке внепеченочных желчных протоков конкрементом гепатикохоледоха;

Г) о развитии инфильтрата в области операции со сдавлением гепатикохоледоха;

Д) все ответы правильные.

45. Хронический калькулезный холецистит – показание

А) для экстренной операции;

Б) для плановой операции;

В) для консервативной терапии;

Г) для применения препаратов хенодезоксихолиевой кислоты (хенофальк), способных стабилизировать холестерино-холатный коэффициент;

Д) все ответы правильные.

46. Методика экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии при холецистолитиазе применяется на сегодняшний день

А) у лиц пожилого и старческого возраста;

Б) у лиц до 50 лет;

В) у больных, у которых по данным УЗИ желчного пузыря выявлен отключенный желчный пузырь;

Г) у больных, у которых сократительная функция желчного пузыря сохранена и, по данным УЗИ печени выявлены единичные конкременты желчного пузыря;

Д) у всех пациентов с хроническим калькулезным холециститом.

Е) не рекомендуется

47. Под термином «постхолецистэтомический синдром» понимаются следующие заболевания у пациентов, перенесших холецистэктомию

А) хронический панкреатит;

Б) протяженные стриктуры гепатикохоледоха;

В) холедохолитиаз;

Г) стеноз терминального отдела холедоха;

Д) все ответы правильные.

48. Какой максимальный объем желчи выделяется печенью в норме (мл)? за сутки?

А) 300.

Б) 400.

В) 600.

Г) 700 - 800.

Д) 1000 и более.

49. Выберите задачи, которые ставятся перед операцией при желчно-каменной болезни.

А) Устранение места камнеобразования.

Б) Восстановление свободного желчеоттока в желудочно-кишечный тракт.

В) Полное извлечение камней из желчных протоков.

Г) Создание условий для предупреждения холелитиаза (снижение индекса литогенности желчи).

Д) Все вышеперечисленные задачи.

50. Укажите, какие операции возможны при неосложненном хроническом калькулезном холецистите.

А) Холецистэктомия.

Б) Холецистолитотомия.

В) Холецистодигистивные анастомозы.

Г) Холецистостомия.

Д) Все указанные операции.

51. Выберите возможные осложнения папиллосфинктеротомии.

А) Кровотечение.

Б) Перитонит.

В) Забрюшинные флегмоны.

Г) Панкреонекроз.

Д) Все ответы правильные.

52. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита

А) растворение конкрементов литолитическими препаратами;

Б) микрохолецистостомия;

В) дистанционная волновая литотрипсия;

Г) холецистэктомия;

Д) комплексная консервативная терапия.

53. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими в лопатку. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш предположительный диагноз?

А) Эмпиема желчного пузыря.

Б) Рак головки поджелудочной железы.

В) Водянка желчного пузыря.

Г) Острый перфоративный холецистит.

Д) Эхинококк печени.

54. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

А) Выраженный диспепсический синдром.

Б) Длительный анамнез.

В) Сопутствующие изменения печени.

Г) Наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита.

Д) Наличие конкрементов в желчном пузыре.

55. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

А) Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей.

Б) Холедохолитиаз.

В) Рак головки поджелудочной железы

Г) Эхинококк печени.

Д) Метастазы в печень опухолей различной локализации.

56. Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

А) Увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой.

Б) Увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки.

В) Желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления.

Г) Отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости.

Д) Выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

57. Какое исследование обладает наибольшей информативностью для диагностики калькулезного холецистита?

А) Пероральная холецистохолангиография.

Б) Лапароскопия.

В) Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости.

Г) УЗИ.

Д) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

58. Какое сочетание симптомов наиболее характерно для холангита?

А) Желтуха.

Б) Лихорадка.

В) Анемия.

Г) Лейкоцитоз.

Д) Асцит.

Е) комбинация ответов: А,Б,В

Ж) комбинация ответов: А,Б,Г

З) комбинация ответов: Б,Д

И) комбинация ответов: Б,В

59. К Вам обратилась пациентка 78 лет с обострением хронического рецидивирующего калькулезного холецистита. Страдает также ИБС и ожирением 4-й степени. Ранее обследована. На УЗИ – в желчном пузыре 4 конкремента до 1,3 см . Приступ легко купируется спазмолитиками. Ваши рекомендации?

А) Консервативное лечение, рекомендации по соблюдению диеты.

Б) Холецистэктомия в отсроченном порядке.

В) Холецистэктомия в плановом порядке.

Д) Наложение макрохолецистостомы.

60. Больная 30 лет, эмоционально лабильна. Холецистэктомия два года назад. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье и эпигастрии после еды, периодически рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноскопии желудка – маятникообразные движения в нижнегоризонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, заброс в желудок контрастной массы, расширение просвета кишки. Ваш диагноз?

А) Холедохолитиаз.

Б) Стеноз БДС.

В) Стриктура холедоха.

Г) Язва двенадцатиперстной кишки.

Д) Хроническая дуоденальная непроходимость.

61. Мужчина 33 лет, астеник. Холецистэктомия – 2 года назад. После операции через 6 месяцев появились изжога, боли в эпигастрии через 1,5 часа после еды с иррадиацией в спину. Принимает соду. Наиболее вероятная причина ПХЭС?

А) Гастрит.

Б) Хроническая дуоденальная непроходимость.

В) Язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Г) Стеноз БДС.

Д) Панкреатит.

62. Больной 40 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в верхних отделах живота. Кожные покровы обычной окраски. Состояние относительно удовлетворительное. В 20-летнем возрасте больной перенес вирусный гепатит. В настоящее время имеет место злоупотребление алкоголем. Клинически выявлены признаки портальной гипертензии, спленомегалии. О чем можно думать?

А) О надпеченочном блоке.

Б) О внутрипеченочном блоке.

В) О подпеченочном блоке.

Г) О смешанном блоке.

Д) О гиперспленизме.

63. У больного 47 лет жалобы на боли спустя 15-30 минут после стула, незначительные кровотечения после акта дефекации, запоры, стулобоязнь. Предварительный диагноз:

А) Геморрой

Б) Параректальный свищ

В)Трещина анального канала

Г) Рак прямой кишки

Д) Хронический папиллит

64. Больная 30 лет, армянка, 3 дня назад выписана из хирургического стационара. Где перенесла лапароскопическую аппендэктомию. Трое суток после операции ее состояние было хорошим, а сразу после выписки, то есть последние 3 дня, самочувствие ухудшается. Пациентка жалуется на боли в правом подреберье и в нижней части грудной клетки справа, озноб, потливость. Дыхание при аускультации жесткое над правыми нижними отделами легких. При пальпации живота определяется болезненность и увеличение печени на 2 пальца. Пальпация и перкуссия болезненны в IX-X межреберье справа по подмышечной линии. Температура тела 39,40С. Год назад обследовалась в вашей клинике по поводу болевых приступов в правом подреберье, выявлен холецистолитиаз. Складывается впечатление о наиболее вероятном диагнозе:

А) Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония

Б) Острый гнойный тромбофлебит воротной вены

В) Поддиафрагмальный абсцесс

Г) Периодическая болезнь

Д) Обострение хронического калькулезного холецистита.

64. Показанием к операции при узловом зобе является: 1) сдавление трахеи и пищевода; 2) развитие тиреотоксикоза; 3) риск тиреоидита; 4) возможность малигнизации. Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,4

Б) 1,3

В) 2,4

Г) 2,3

Д) 3,5.

65. Определите оптимальный вариант лечения узлового зоба с размером узла 5 см:

А) Консервативное лечение тироксином

Б) Иссечение узла со срочным гистологическим исследованием

В) Выполнить энуклеацию

Г) Произвести субтотальную резекцию железы

Д) Показана гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка щитовидной железы.

66. При развитии лактостаза пациентке следует назначить: 1) массаж молочных желез; 2) тщательное сцеживание молока; 3) антибиотикотерапия; 4) прекращение лактогенной функции; 5) продолжение кормления грудью. Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2,3

Б) 2,3,5

В) 1,2,5,

Г) 2,4,5

Д) все выше перечисленное.

67. При послеродовом мастите в ранней стадии заболевания показаны: 1) продолжение кормления грудью; 2) ультразвуковая терапия; 3) возвышенное положение молочных желез; 4) антибиотикотерапия; 5) тщательное сцеживание молока. Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2,3

Б) 2,3,5

В) 1,2,5

Г) 2,4,5

Д) Все ответы верны.

68. Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса служит:

А) Абсцесс легкого

Б) рак легкого

В) Бронхоэктазы

Г) буллезные кисты легкого

Д) Ателектаз легкого.

69. К облигатным предраковым заболеваниям поперечной ободочной кишки относят:

А) Одиночный полип поперчноободочной кишки

Б) Регионарный энтерит

В) Терминальный илеит

Г) Диффузный семейный полипоз.

70. Пациент 64 лет жалуется на повышенную утомляемость, недомогание, потерю массы тела, вздутие живота, периодическое появление примеси незначительного количества крови в стуле, тенезмы. В анализе крови – анемия, лейкоцитоз до 10\*109/л, ускорение СОЭ. О каком заболевании следует подумать в первую очередь:

А) Неспецифический язвенный колит

Б) Долихосигма

В) Рак нисходящего отдела толстой кишки

Г)Рак восходящего отдела толстой кишки

Д) Рак прямой кишки.

71. После операции субтотальной резекции щитовидной железы у больной возникли судороги в конечностях, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какие осложнения развились у больной?

А) Гипотиреоз

Б) Тиреотоксический криз

В) Травма гортанных нервов

Г) Гипопапратиреоз

Д) Остаточные явления тиреотоксикоза.

72. Наиболее частой формой непроходимости кишечника является

А) спаечная;

Б) обтурационная ;

В) заворот кишечника;

Г) инвагинация кишечника;

Д) динамическая.

73. У детей наиболее часто встречается

А) обтурационная непроходимость кишечника;

Б) узлообразование ;

В) инвагинация;

Г) спастическая непроходимость кишечника;

Д) паралитическая непроходимость кишечника.

74. К развитию непроходимости кишечника предрасполагают

А) аномалии кишечника;

Б) аномалии брыжейки;

В) опухоли кишечника;

Г) спайки в брюшной полости;

Д) все перечисленное.

75. Причиной механической непроходимости кишечника наиболее часто является

А) инородные тела желудочно-кишечного тракта;

Б) прием большого количества грубой пищи;

В) резкое повышение внутрибрюшного давления;

Г) интоксикация свинцом;

Д) опухоли кишечника.

76. Функциональная непроходимость кишечника делится

А) на странгуляционную и обтурационную ;

Б) на инвагинационную и странгуляционную ;

В) на паралитическую и токсическую;

Г) на паралитическую и спастическую;

Д) на спастическую и токсическую.

77. Паралитическая непроходимость кишечника возникает

А) при травмах органов брюшной полости;

Б) при травмах и заболеваниях центральной нервной системы;

В) при операциях на органах брюшной полости;

Г) правильные ответы А), Б) и В);

Д) правильные ответы А), В).

78. При непроходимости кишечника на догоспитальном этапе необходимо

А) назначить очистительную клизму;

Б) назначить анальгетики и спазмалитики ;

В) госпитализировать больного;

Г) назначить тепловые процедуры;

Д) все перечисленное верно.

79. Показаниями к выполнению сифонной клизмы являются

А) толстокишечная обтурационная непроходимость;

Б) тонкокишечная обтурационная непроходимость;

В) обтурация кишки, вызванная гельминтами;

Г) правильно А) и В);

Д) правильно А) и Б).

80. Сифонная клизма считается эффективной, если

А) промывные воды окрашены в желтый цвет и больному стало лучше (субъективно);

Б) промывные воды окрашены в бурый цвет, отошло большое количество газов и кала;

В) исчезли специфические симптомы непроходимости кишечника;

Г) исчезли боли в животе;

Д) улучшились показатели лабораторных анализов.

81. Укажите оптимальные сроки предоперационной подготовки больных с кишечной непроходимостью (в часах).

А) 1.

Б) 2.

В) 3.

Г) 4.

Д) 5.

82. У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, беспокойна , мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс – 112 в минуту, АД – 100 и 60 мм рт . ст. Живот умеренно вздут, ассиметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется "шум плеска". Укажите правильный клинический диагноз:

А) опухоль нисходящей ободочной кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость;

Б) разрыв аневризмы брюшного отдела аорты;

В) гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией;

Г) заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость;

Д) геморрагический панкреонекроз .

83. Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, с меняющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс – 94 уд.в мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Укажите правильный клинический диагноз:

А) опухоль слепой кишки, осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью;

Б) периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость;

В) илеоцекальная форма инвагинации;

Г) тромбоз верхней брыжеечной артерии;

Д) острая токсическая дилатация толстой кишки.

84. Появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости объясняется:

А) наличием выпота в брюшной полости;

Б) скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника;

В) скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника;

Г) наличием свободного газа в брюшной полости;

Д) все перечисленное неверно.

85. Консервативное лечение обтурационной кишечной непроходимости заключается в следующем:

А) введение спазмолитиков ;

Б) сифонная клизма;

В) коррекция водно-электролитных нарушений;

Г) введение промедола ;

Д) введение препаратов, усиливающих моторику кишечника.

Выберите правильное сочетание ответов:

Е) А, Б, В;

Ж) Б, В, Г;

З) А, В, Д;

И) А, Б, Г;

К) Б, В, Д.

86. Для какой локализации источника кровотечения характерна мелена?

A) легкое;

Б) верхний отдел желудочно-кишечного тракта;

B) прямая кишка;

Г) почки;

Д) селезенка.

87. Какой из перечисленных методов является решающим в диагностике язвенного кровотечения?

А) УЗИ

Б) Рентгенологический.

В) Эндоскопический.

Г) Лабораторный.

Д) Радиоизотопный.

88. Какой минимальный объем кровопотери может привести к появлению черного кала (в мл)?

А) 25—50.

Б) 60—100.

В) 150—250.

Г) 300—500.

Д) Более 600.

89. Укажите лечебное мероприятие, применение которого нецелесообразно для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

А) Возмещение кровопотери, снижение портального давления.

Б) Введение в пищевод зонда-обтуратора.

В) Повышение А/Д с помощью вазопрессоров и высокомолекулярных декстранов.

Г) Применение препаратов ингибиторов фибринолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота, контрикал, трасилол).

Д) Эндоскопический или интраоперационный гемостаз.

90. Как по автору называется зонд-обтуратор, применяемый для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода?

А) Мюллера-Эббота.

Б) Долиотти.

В) Блэкмора.

Г) Фогарти.

Д) Фолея.

91. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет

А) диагностировать острый панкреатит;

Б) уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе;

В) уточнить распространенность панкреонекроза;

Г) определить форму острого панкреатита;

Д) оценить состояние большого дуоденального сосочка и исключить заболевания желудка и 12-перстной кишки.

92. К развитию острого панкреатита могут привести

А) тупая травма живота;

Б) операционная травма поджелудочной железы;

В) ущемленный камень большого дуоденального сосочка;

Г) стриктура большого дуоденального сосочка;

Д) все вышеперечисленные причины.

93. Желтуха при остром панкреатите может быть обусловлена

А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы;

Б) панкреатогенным гепатитом;

В) ущемленным камнем большого дуоденального сосочка;

Г) опухолью большого дуоденального сосочка;

Д) все вышеперечисленное верно.

94. Для болей при остром панкреатите характерно

А) локализация в эпигастральной области;

Б) сочетание болен в эпигастрии с болями в подреберьях;

В) иррадиация в спину;

Г) опоясывающие боли;

Д) все ответы верны.

95. Боль при остром панкреатите

А) периодическая;

Б) постоянная;

В) схваткообразная;

Г) колющая;

Д) пульсирующая.

96. Рвота при остром панкреатите

А) однократная;

Б) застойная;

В) многократная;

Г) каловая;

Д) поздняя.

97. При остром панкреатите возможно развитие

А) абсцесса сальниковой сумки;

Б) абсцесса поджелудочной железы;

В) флегмоны забрюшинной клетчатки;

Г) гнойного перитонита;

Д) все перечисленное верно.

98. Компьютерная томография при остром панкреатите позволяет

А) диагностировать поражение поджелудочной железы;

Б) уточнить локализацию и распространенность процесса;

В) уточнить форму заболевания;

Г) проводить динамический контроль патологического процесса;

Д) все перечисленное верно.

99. Ультразвуковое исследование при остром панкреатите позволяет

А) выявить локализацию некроза;

Б) выявить объемные патологические образования поджелудочной железы;

В) диагностировать желчно-каменную болезнь;

Г) диагностировать сопутствующее воспаление желчного пузыря;

Д) все перечисленное верно.

100. При обезболивании больных острым панкреатитом не применяют

А) анальгин;

Б) новокаин;

В) баралгин;

Г) морфий;

Д) ни один из перечисленных препаратов.

101. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует

А) голод;

Б) гипотермия железы;

В) снижение кислотности желудочного содержимого;

Г) назначение цитостатиков;

Д) все перечисленное верно.

102. Островки Лантерганса рассеяны по всей поджелудочной железе. Укажите, в каком отделе железы скопление их выражено больше.

А) В головке.

Б) В теле.

В) В хвосте.

103. Выберите правильное определение понятия грыжи.

А) Перемещение органов брюшной полости через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.

Б) Перемещение органов брюшной полости, через естественные или искусственные отверстия под кожу.

В) Перемещение органов брюшной полости, покрытых брюшиной, через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.

104. Выберите причины, которые способствуют образованию наружных грыж.

А) Повышение внутрибрюшного давления (кашель, запоры, подъем тяжестей).

Б) Врожденная недостаточность соединительной ткани.

В) Похудание.

Г) Ожирение.

Д) Все ответы верны.

105. Назовите слабые места передней брюшной стенки.

А) Зона пахового канала.

Б) Овальная ямка на бедре.

В) Пупок.

Г) Подпупочный отдел апоневроза белой линии живота.

Д) Все ответы верны.

106. Назовите грыжи, при которых грыжевого мешка может не быть?

А) Прямые паховые.

Б) Бедренные.

В) Скользящие.

Г) Ложные травматические.

Д) При всех видах грыж.

107. Какое ущемление при грыжах сопровождается неполным сдавлением кишки?

А) Эластическое.

Б) Каловое.

В) Рихтеровское.

Г) Ретроградное.

Д) Все ответы верны.

108. Допускается ли ручное вправление содержимого при ущемленных грыжах?

А) Нет

Б) Да, всегда.

В) Да, но при абсолютных противопоказаниях к операции (свежий инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность).

Г) Да, но при абсолютных противопоказаниях к операции (свежий инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность) с учетом сроков после ущемления.

109. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у больных с бедренными грыжами?

А) Лимфаденит (банальный, туберкулезный).

Б) Аневризматическое расширение большой подкожной вены.

В) Опухоли лимфатических узлов.

Г) Натечные абсцессы.

Д) Все ответы верны.

**Ситуационные задачи.**

1. Больной А., 25 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита, выполнена аппендэктомия. На 4 день после операции состояние больного ухудшилось. Появился озноб. Повышение температуры тела до 390С, резкая слабость, головная боль, тупые, ноющие и пульсирующие боли в области послеоперационной раны. При осмотре больного установлено: пульс – 120в мин., удовлетворительного наполнения, кожные покровы влажные, горячие, температура тела 38,50С. В области послеоперационной раны в правой подвздошной области определяется припухлость размерами 10\*8 см, гиперемия кожи в области раны, местный жар, резкая болезненность. Какое осложнение возникло у больного и почему? Что необходимо предпринять для лечения больного?
2. У больной К., 20 лет возник фурункул лба. Больная решила лечиться сама и пыталась «выдавить» стержень фурункула. Через 6 часов после этой манипуляции состояние больной резко ухудшилось, появились сильнейшие головные боли, озноб, повысилась температура тела до 400С. Вызвала на дом семейного врача. При осмотре больной установлено крайне тяжелое состояние, сознание – спутанное, с трудом отвечает на вопросы, температура тела 400С, пульс – 130 в мин., слабого наполнения, АД – 80/60 мм.рт.ст., резкий отек лица, лба, выраженный экзофтальм. Какое осложнение у больной? Какова Ваша тактика? Какое бы Вы назначили лечение при обращении пациентки при появлении фурункула?
3. Больной 23 лет в течение 2-х лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Пришел на прием с жалобами на резкую слабость, «звон в ушах», головокружение, сердцебиение. В течение 3-х дней у больного дегтеобразный кал. Общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс – 115 уд.в мин., удовлетворительного наполнения, АД – 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При пальцевом исследовании прямой кишки опрделяется наличие дегтеобразного кишечного содержимого. Какой диагноз у больного? Какова Ваша тактика?
4. К Вам на прием пришел пациент 30 лет, на вторые сутки после вскрытия и дренирования флегмоны правой подмышечной области. Во время перевязки из раны возникло сильное кровотечение алой пульсирующей струей. Какова будет Ваша тактика?
5. Больной 65 лет, страдающий раком желудка, произведена операция – субтотальная резекция желудка. Послеоперационный период протекал удовлетворительно и больной был выписан на амбулаторное лечение. На 9 сутки больному сняты швы с операционной раны передней брюшной стенки по средней линии живота. В тот же день у больного во время сильного кашля края операционной раны разошлись и из брюшной полости на переднюю брюшную стенку выпала петля тонкой кишки. Какое осложнение возникло у больного и почему? Что следует предпринять?
6. Больная О., 54 лет, во время приготовления рыбного блюда получила колотую рану рыбьей костью в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Никакой обработки этой раны не производила. Через 6 часов после травмы появилась сильная пульсирующая боль в области I пальца правой кисти, из-за которой не спала ночь. Утром пришла на прием к семейному врачу. Общее состояние больной удовлетворительное, пульс – 90 уд.в мин., удовлетворительного наполнения, температура тела – 37,20С. Положение правой верхней конечности – вынужденное, держит кисть в приподнятом положении, так как опускание ее вниз вызывает резкое усиление болей. Кожа в области ногтевой фанги гиперемирована, максимум болезненности при исследовании пальцем пуговчатым зондом приходится на область колотой раны. Имеются яркие полосы гиперемии кожи, идущие от I пальца до локтевой ямки. В правой подмышечной области прощупываются увеличенные болезненные лимфоузлы. Какой диагноз Вы поставите? Какое лечение показано?
7. У больной с ожирением 4-й степени внезапно появились тянущие боли в низу живота справа, с иррадиацией в правое бедро, тошнота, однократная рвота. Пальпируется опухолевидное образование ниже паховой складки. О каком заболевании идет речь?
8. К Вам обратилась больная с избыточным питанием и гиперстеническим телосложением, бронхиальной астмой по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Грыжа 25\*30 см, вправимая. Укажите методы предоперационного обследования и подготовки больной.
9. У больного 78 лет в последние два месяца появились кровянистые выделения в начале дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки. Самочувствие больного удовлетворительное. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании прямой кишки на 6 см от ануса определяется уплотнение размером 3 см в диаметре, на ножке. Паховые лимфатические узлы 1-1,5 см в диаметре, плотные. Последовательность Ваших диагностических мероприятий?
10. У больного Ш. около 3-х недель тому назад была травма металлической стружкой в проекции проксимального межфалангового сустава по ладонной поверхности. Стружку удалили в медпункте на работе, ранку обработали 5% спиртовым раствором йода. Постепенно стали нарастать боли в этом суставе, палец приобрел веретенообразную форму, движения в суставе стали резко болезненные, а затем с патологической подвижностью в нем. Кожа над суставом гиперемирована. Ваш диагноз? Стадия процесса? Вид специального обследования, которое помогло установить диагноз? Вид оперативной помощи? Послеоперационное ведение больного?
11. На 3-й день после родов у женщины 24 лет проявилось ощущение тяжести и напряжение в правой молочной железе, которое постепенно усилилось, стало определяться опухолевидное образование, достаточно подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на него молоко выделяется свободно, сцеживание безболезненно, после сцеживания женщина испытывала облегчение, температура тела нормальная - 36,8о. Однако, на 4-5-е сутки повысилась температура до 37,2-37,4о. Лейкоциты крови 7,2 х 109/л. Женщина обратилась в поликлинику. Какой процесс развился у женщины? Каков Ваш диагноз? Какое лечение Вы назначите: возможно консервативное или необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству?
12. Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том , что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитониальные симптомы не выражены. Какой диагноз Вы поставите? Как будете лечить больного ?
13. Больной 49 лет обратился по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. Общее состояние удовлетворительное. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. У брата больного туберкулез легких. С какими заболеваниями Вам придется проводить дифференциальный диагноз? Каковы будут действия при поступлении такого больного? Какие дополнительные методы исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?
14. На приеме больная Т., 28 лет, с жалобами на расширение вен обеих нижних конечностей, чувство тяжести, быструю утомляемость, отеки, возникающие во второй половине дня. Расширение вен заметил 8 лет назад в последние месяцы нормально протекающей беременности и постепенно прогрессирует. В настоящее время у больной беременность 20-21 неделя, на фоне которой появились отеки, количество и размер варикозно расширенных вен резко увеличились. Объективно: состояние удовлетворительное. Размеры живота соответствуют сроку беременности. На обеих нижних конечностях в проекции больших и малых подкожных вен конгломераты варикозных узлов. Кожа у медиальных лодыжек индурирована. Диагноз? Тактика лечения?
15. У больного, 58 лет, за последний год появились боли в области мышц бедра и голени через каждые 20-25 метров ходьбы. В настоящее время жалуется на онемение, зябкость стоп, постоянные боли в 1 пальце правой стопы. Объективно: гипотрофия мышц бедер и голеней, волосы на коже нижней половины голеней отсутствуют, пульсация на обеих бедренных артериях резко ослаблена, на подвздошных артериях выраженный систолический шум, на ногтевой фаланге пальца правой стопы имеется некроз кожи диаметром 1,5 см, которая не заживает в течение месяца. Диагноз? Степень хронической ишемии конечности? Методы исследования и тактика лечения?
16. Больной, 36 лет. Много лет работал на Севере, злоупотреблял алкоголем, злостный курильщик. В течение года стал отмечать боль в икроножных мышцах правой нижней конечности, зябкость в стопе, без остановки может пройти не более 400 м. Объективно: незначительная гипотрофия мышц правой голени, некоторая бледность кожных покровов. Пульсация на артериях правой стопы не определяется, несколько ослаблена на подколенной артерии, систолический шум на бедренной артерии. Диагноз? Степень хронической ишемии? План обследования и лечения?
17. Больная К.,22 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в области варикозно расширенных вен на правой нижней конечности. Расширение вен появилось 4 года назад. Около недели назад в проекции большой подкожной вены на правой голени появилось резко болезненное уплотнение, которое постепенно увеличивается в размерах. В настоящее время у больной беременность 8-10 недель, которую пациентка желает сохранить. Объективно: состояние удовлетворительное. На правой нижней конечности в проекции большой подкожной вены конгломераты варикозных узлов. На внутренней поверхности голени и нижней трети бедра варикозные узлы уплотнены, резко болезненны. Кожа над ними гиперемирована. Ваш диагноз? Какова дальнейшая тактика лечения?
18. Больная У., 78 лет, обратилась в приемное отделение дежурной хирургии по поводу кровотечения из левой голени. Много лет страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей, испытывает зуд кожи на ногах. При расчесывании левой голени внезапно началось сильное кровотечение. Родственниками была наложена бинтовая марлевая повязка и больная доставлена в лечебное учреждение. В перевязочной: марлевая повязка на нижней трети левой голени промокла кровью. Область лодыжек и стопа имеют пятнистую гиперпигментацию, следы от расчесов. Поверхностные вены обеих нижних конечностей расширены, имеют змеевидную и гроздевидную формы, при пальпации - мягко-эластической консистенции, безболезненны. Над поверхностью одного из варикозных узлов нижней трети левой голени имеется точечный дефект кожи, откуда происходит венозное кровотечение. Какое осложнение варикозной болезни вен нижних конечностей наступило у данной больной? Как выполнить экстренную и окончательную остановку кровотечения?
19. Мужчина 55 лет обратился с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожный покров и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок. Какой Вы предполагаете диагноз? Какие методы дообследования необходимо выполнить? Какие варианты лечения?
20. Больной 50 лет обратился к терапевту приемного отделения стационара с жалобами на острое начало заболевания (острые боли в правом и левом подреберье, внезапное повышение температуры тела). Из анамнеза известно, что до настоящего обращения к врачу больной находился на стационарном лечении и обследован. При физикальном и инструментальном исследованиях в момент первичной госпитализации печень и селезенка в размерах увеличены не были. В момент настоящего обращения печень и селезенка значительно увеличены, притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. При УЗИ выявлены гепатоспленомегалия, асцит. Предположительный диагноз и тактика лечения?

**Офтальмология**

**Тесты по офтальмологии для врачей общей практики**

**№1**

**Назовите кровеносный сосуд, проходящий в канале зрительного нерва?**

? 1. Верхняя глазная вена

! 2. Глазная артерия

? 3. Верхнечелюстная артерия

? 4. Ангулярная артерия

**№2**

**Укажите, какие ветви глазной артерии формируют собственно сосудистую оболочку (хориоидею)?**

? 1. Центральная артерия сетчатки

? 2. Передние цилиарные артерии

! 3. Задние короткие цилиарные артерии

? 4. Задние длинные цилиарные артерии

**/№3**

**Назовите кровеносные сосуды, по которым кровь оттекает непосредственно из собственно сосудистой оболочки (хориоидеи)?**

? 1. Центральная вена сетчатки

? 2. Передние цилиарные вены

! 3. Водоворотные вены

? 4. Ангулярная вена

**№4**

**Сколько водоворотных вен, как правило, собирает кровь из хориоидеи?**

? 1. Одна

? 2. Две

? 3. Три

! 4. Четыре

**№ 5**

**Больная 58 лет, страдающая гипертонической болезнью, обратилась к врачу с жалобой на дефект в нижне-наружном отделе поля зрения правого глаза.**

**При осмотре: острота зрения каждого глаза равна 0,3; с коррекцией сферой +1,5 дптр равна 0,9. Поле зрения правого глаза изменено: имеется секторообразная скотома в нижне-наружном отделе. Поле зрения левого глаза нормальное.**

Укажите, в какой части зрительного анализатора может быть поражение?

! 1. Сетчатке глазного яблока

? 2. Хиазме

? 3. Зрительном тракте

? 4. Корковом зрительном центре

**№ 6**

**Больной обратил внимание на отклонение правого глаза кнаружи и двоение.**

**При осмотре – правый глаз: острота зрения 1,0; слегка опущено верхнее веко. Подвижность глазного яблока ограничена по всем направлениям. Зрачок 6 мм, не реагирует на свет. Преломляющие среды прозрачные. На глазном дне расширены и извиты вены.**

**Консультирован невропатологом: изменений центральной нервной системы не обнаружено.**

Определите, в какой области глазницы может располагаться поражение?

? 1. Зрительного отверстия

! 2. Верхней глазничной щели

? 3. Нижней глазничной щели

? 4. Медиальной стенки глазницы

**№7**

**Укажите место неподвижного прикрепления цилиарной мышцы.**

? 1. К склере у зубчатой линии

? 2. К цинновой связке

? 3. К хороидеа

! 4. К склере у лимба

**№8**

**Больной Ф. Обратился к врачу с жалобой, что стал плохо видеть вблизи. Накануне была почечная колика, приступ которой был купирован с помощью инъекций ряда медикаментов.**

**При осмотре глаз: острота зрения 0,8. Зрачок 6 мм, реакция на свет очень слабая. Преломляющие среды прозрачные. Глазное дно нормальное.**

Какой предварительный диагноз вы можете поставить?

? 1. Ретробульбарный неврит

? 2. Спазм аккомодации

? 3. Острый приступ глаукомы

! 4. Парез аккомодации

**№ 9**

**У пациентки 64 лет, страдающей гипертонической болезнью и шейным остеохондрозом, родственники обратили внимание на сужение зрачка правого глаза. В этой связи она обратилась к врачу.**

**При осмотре – правый глаз: острота зрения 0,8; глазное яблоко слегка западает; подвижность его в полном объёме. На глазном дне имеются признаки ангиопатии сетчатки.**

С поражением какого нерва, скорее всего, связано сужение зрачка на правом глазу?

? 1. Тройничного

? 2. Лицевого

? 3. Зрительного

! 4. Симпатического

**№10**

**Студент на лыжных соревнованиях тупым концом палки получил травму в области правой глазницы. На следующий день обратился к врачу с жалобой на диплопию. При осмотре – правый глаз: отёк и гематома верхнего века. Положение глазного яблока срединное. Подвижность его несколько ограничена при взгляде книзу-кнаружи, и в это время появляется двоение.**

Укажите, какая глазодвигательная мышца пострадала при этой контузии?

? 1. Наружная прямая

? 2. Нижняя прямая

! 3. Верхняя косая

? 4. Нижняя косая

**№ 11**

**Медсестра на пятый день после удаления шестого верхнего левого зуба обратилась к глазному врачу с жалобой на боли в правом глазу при чтении и в ночное время.**

**При осмотре. Правый глаз: острота зрения 0,7(всегда была 1,0).**

**На роговице обнаружены преципитаты. Зрачок 2,5, круглый.**

**Хрусталик прозрачный. При офтальмоскопии детали нормального глазного дна видны в лёгком тумане. ВГД нормальное.**

О каком заболевании глаза вы можете подумать при такой клинической картине?

? 1. Кератите

? 2. Ирите

! 3. Циклите

? 4. Эписклерите

**№12**

**Молодой человек обратился к окулисту с жалобой на постоянное слезотечение правого глаза после тяжёлой контузии правой глазницы и носа с переломом костей указанных областей.**

**При осмотре: рубцы кожи в области верхней челюсти справа и спинки носа. Глазная щель не деформирована. Размеры и положение слёзных точек правильные. Область слёзного мешка не изменена.**

Какое исследование следует произвести в первую очередь?

? 1. Биомикроскопию

? 2. Рентгеновское исследование слёзных путей

! 3. Цветную слёзно-носовую пробу

? 4. Ультразвуковую диагностику

**13. После ОРЗ у студента остался длительный насморк и боли в области переносицы. На этом фоне однажды утром он обнаружил значительное снижение зрения и серое пятно перед правым глазом.**

**При осмотре – правый глаз: острота зрения 0,1; не корригируется.**

**Преломляющие среды прозрачные. Глазное дно нормальное.**

Какая дополнительная методика исследования может помочь диагностике

Данного заболевания?

? 1. Гониоскопия

? 2. Диафаноскопия

! 3. Периметрия

? 4. Тонометрия

**№14**

**После ОРЗ у студента остался длительный насморк и боли в области переносицы. На этом фоне однажды утром он обнаружил значительное снижение зрения и серое пятно перед правым глазом.**

**При осмотре – правый глаз: острота зрения 0,1; не корригируется.**

**Преломляющие среды прозрачные. Глазное дно нормальное.**

Какая дополнительная методика исследования может помочь диагностике

Данного заболевания?

? 1. Гониоскопия

? 2. Диафаноскопия

! 3. Периметрия

? 4. Тонометрия

**№15**

**Школьница двенадцати лет заметила, что стала плохо ориентироваться в сумерках и в темной комнате. При осмотре: острота зрения каждого глаза 0,8 не корригируется. Оптические среды прозрачные. На глазном дне обнаружены очаговые изменения.**

О каком заболевании глаз можно подумать?

? 1. Макулодистрофии

? 2. Отслойке сетчатки

? 3. Застойном диске

? 4. Атрофии зрительного нерва

! 5. Пигментной дистрофии сетчатки

**№16. Какие нарушения поля зрения (скотомы) наиболее характерны для пигментной дистрофии сетчатки?**

? 1. Центральные

! 2. Кольцевидные

? 3. Сектрообразные

? 4. Неправильной формы

**№17**

**Какая методика исследования из ниже перечисленных поможет подтвердить диагноз пигментная дистрофия сетчатки?**

! 1. Исследование светоощущения

? 2. Исследование цветоощущения

? 3. Тонометрия

? 4. Контрастометрия

? 5. Гониоскопия

**№18**

**Какой дефект поля зрения, как правило, выявляется при ретробульбарном неврите?**

? 1. Секторообразный

? 2. Кольцевидный

? 3. Неправильной формы периферический

! 4. Округлый центральный

№19

**К врачу-офтальмологу обратилась мама с трёхлетним ребёнком с просьбой устранить косоглазие правого глаза у её сына. При осмотре: правый глаз отклонён кнутри, подвижность глазного яблока в полном объёме. Угол косоглазия 15 градусов. Преломляющие среды прозрачные. Глазное дно нормальное.**

О каком косоглазии следует подумать в первую очередь?

? 1. Мнимом

! 2. Содружественном

? 3. Паралитическом

? 4. Скрытом

№ 20

**Студент второго курса накануне экзамена занимался почти без перерыва целый день и всю ночь. Утром заметил ухудшение зрения вдаль. При осмотре: острота зрения каждого глаза 0,3. Коррекция зрения стёклами не проверялась. Глаза спокойны. Оптические среды прозрачные.**

Какая, по вашему мнению, наиболее вероятная причина снижения зрения обоих глаз?

? 1. Мышечная астенопия

? 2. Отёк сетчатки

? 3. Аккомодативная астенопия

! 4. Спазм аккомодации

**№ 21**

**Определите объем аккомодации у пациента, если у него ближайшая точка ясного видения 10 см, а рефракция - гиперметропия 2,0 дптр.**

? 1. 10,0 дптр

? 2. 8,0 дптр

! 3. 12,0 дптр

? 4. 6,0 дптр

**№21**

**Острота зрения правого глаза 0,4; со сферой -0,75 дптр = 1,0;**

**Острота зрения левого глаза: считает пальцы с двух метров,**

**Коррекция зрения не улучшает. Какая острота зрения левого глаза?**

? 1. 0,02

! 2. 0,04

? 3. 0,2

? 4. 0,4

№22

**На медкомиссии в военкомате у юноши обнаружено понижение остроты зрения на левом глазу до 0,06. С цилиндрическим стеклом различает знаки десятой строки таблицы с 2.5 метров.**

/

Какая острота зрения этого глаза с коррекцией?

! 1. 0,5

? 2. 0,7

? 3. 0,9

**? 4. 1,**

**№23**

**При обследовании выяснилось, что призывник в полихроматической таблице Рабкина назвал правильно только 8 таблиц из 27, при этом установлено нарушение восприятия зелёного цвета. Как называется такой дефект цветоощущения?**

? 1. Аномальная трихромазия

! 2. Дихромазия

? 3. Монохромазия

№24

**У исследуемого на правом глазу имеется миопия 6,0 дптр, а на левом глазу – миопия 1,0 дптр. Он просит выписать очки, хотя бы частично компенсирующие оптический недостаток.**

Какие это могут быть очки?

! 1. Правый глаз: сфера - 3,0 дптр

Левый глаз: сфера - 1,0 дптр

? 2. Правый глаз: сфера - 5,5 дптр

Левый глаз: сфера - 1,0 дптр

? 3. Правый глаз: сфера - 6,0 дптр

Левый глаз: сфера - 1,0 дптр

№25

**При проверке зрения у поступившего в приёмный покой пациента оказалось, что он считает пальцы с расстояния 4-х метров.**

Какая острота зрения у больного?

? 1. 0,04

! 2. 0,08

? 3. 0,4

? 4. 0,8

№26

**Клиническая рефракция правого глаза 13-летнего пациента К. - гиперметропия. Фокусное расстояние линзы, которую он использует для зрения вдаль 40 см.**

Укажите преломляющую силу этого оптического стекла:

? 1. Сфера +5,0 дптр

? 2. Сфера +4,0 дптр

? 3. Сфера +3,75 дптр

! 4. Сфера +2,5 дптр

**№27**

**Клиническая рефракция правого глаза пациента –гиперметропия 2,5 Д, левого глаза того же пациента – эмметропия.**

**Как называется такое сочетание рефракций?**

? 1. Астигматизм

? 2. Пресбиопия

! 3. **Анизометропия**

**№28**

**В каких единицах измеряется острота зрения?**

? 1. В угловых минутах

? 2. В дистанциях, с которых виден об'ект под определенным углом

? 3. В диоптриях

! 4. В относительных величинах

**№29**

**При проверке остроты зрения исследуемый безошибочно читает каждым глазом буквы 10 ряда с расстояния 4 метра. Какая у него острота зрения?**

? 1. 0,08

? 2. 0,4

! 3. 0,8

? 4. 1,0

**№30**

**Пациенту Л. 34 года. Клиническая рефракция его глаз позволяет без какого-либо напряжения аккомодации легко выполнять точную работу на расстоянии 33-35 см.**

О какой рефракции, скорее всего, идёт речь?

? 1. О миопии 0,5 дптр

! 2. О миопии 3,0 дптр

? 3. Об эмметропии

? 4. О гиперметропии 1,5 дптр

**№31**

**В каком случае имеется наибольшая вероятность возникновения аккомодативной астенопии?**

? 1. При миопии)

! 2.При гиперметропии

? 3.У лиц с эмметропией

**№32**

**Острота зрения равна 0,8. С коррекцией сфера +1,5 дптр, сфера +2,0 дптр и сфера +2,5 дптр острота зрения 1,0. Со стеклом сфера +3,0 острота зрения 0,9. Какая клиническая рефракция у вашего пациента?**

? 1. Миопия 1,5 дптр

? 2. Миопия 3,0 дптр

? 3. Гиперметропия 2,0 дптр

! 4. Гиперметропия 2,5 дптр

**№33**

**Пациенту Л. 34 года. Клиническая рефракция его глаз позволяет без какого-либо напряжения аккомодации легко выполнять точную работу на расстоянии 33-35 см.**

О какой рефракции, скорее всего, идёт речь?

? 1. О миопии 0,5 дптр

! 2. О миопии 3,0 дптр

? 3. О эмметропии

? 4. О гиперметропии 1,5 дптр

**№34**

**Какой вариант коррекции для близи вы порекомендуете пациенту с миопией 3,0 Д в 60-летнем возрасте?**

? 1. Сфера +1,0 дптр

? 2. Сфера +3,0 дптр

? 3. Сфера -3,0 дптр

! 4. Коррекция не нужна

**№35**

**Вашему пациенту 99 лет. Острота зрения обоих глаз 1,0.**

О какой рефракции идёт речь?

? 1. О миопии

? 2. О гиперметропии

! 3. Об эмметропии

**№36**

**Выпишите, пожалуйста, очки для близи пациенту 90 лет (клиническая рефракция –эмметропия)**

? 1. Очки не нужны

! 2. Сфера + 3,0 дптр

? 3. Сфера +6,0 дптр

? 4. Сфера +7,0 дптр

**№37**

**Укажите наиболее вероятную величину объёма аккомодации у пациента 85 лет с эмметропической рефакцией**

? 1. 10, 0 дптр

? 2. 9,9 дптр

? 3. 7,5 дптр

! 4. 0 дптр

**№38**

**Исходная острота зрения правого глаза = 0,5**

Со сферой +0,5 D =0,6

Со сферой +1,0 D =0,8

Со сферой +1,5 D =1,0

Со сферой +2,0 D =1,0

Со сферой +2,5 D =0,8

Укажите степень гиперметропии?

? 1. 1,5 D

! 2. 2,0 D

? 3. 2,5 D

**№39**

**Исследование показало, что ближайшая точка ясного зрения правого глаза пациента находится на расстоянии 10 см. Чему равен объем аккомодации ( степень гиперметропии 2,0 дптр)?**

? 1. 8,0 D

! 2. 12,0 D

? 3. 14,0 D

? 4. 14,5 D

**№40**

**В каком возрасте аккомодативная способность глаза приближается к нулю?**

? 1. 40 лет

? 2. 45 лет

? 3. 50 лет

! 4. 60 лет

**№ 41**

**Исходная острота зрения правого глаза 0,3.**

Острота зрения со сферой +0,5 D =0,2

Острота зрения со сферой -0,5 D =0,6

Острота зрения со сферой -1,0 D =1,0

Острота зрения со сферой -1,5 D =1,0

Острота зрения со сферой -2,0 D =1,0

Понятно, речь идёт о миопии. Какова её степень у данного больного?

! 1. 1,0 D

? 2. 1,5 D

? 3. 2,0 D

**№42**

**Где находится дальнейшая точка ясного зрения у пациента с миопией 2,0 Д?**

? 1. На расстоянии 0,1 м

? 2. На расстоянии 1,0 м

! 3. На расстоянии 0,5 м

? 4. На расстоянии 2,0 м

**№43**

**Выяснилось, что на левом глазу у пациента имеется близорукость 5,0 D, рефракция правого глаза миопия 1,0 D. Назначьте очковую коррекцию, с учётом имеющейся анизометропии.**

! 1. Правый глаз сфера -1,0D

Левый глаз сфера -3,0D

? 2. Правый глаз сфера -1,0D

Левый глаз сфера -4,0D

? 3. Правый глаз сфера -1,0D

Левый глаз сфера -5,0D

№44

**Дальнейшая точка ясного зрения студента С. находится в 40 см перед глазом.**

О какой рефракции идёт речь? Укажите её степень.

? 1. О гиперметропии 0,5 D

? 2. О гиперметропии 2,0 D

? 3. О миопии 1,5 D

! 4. О миопии 2,5 D

**№45**

**Ближайшая точка ясного зрения этого пациента удалена от глаза на 10 см. Рассчитайте объем аккомодации.**

? 1. 6,5 D

! 2. 7,5 D

? 3. 10,0 D

? 4. 12,5 D

**№46**

**Какие очки для близи понадобятся пациенту с миопией 2,5 D в возрасте 55 лет?**

? 1. Сфера +0,5 D

? 2. Сфера +1,0 D

? 3. Сфера +2,5 D

! 4. Очки не понадобятся

**№47**

**Укажите клиническую рефракцию, степень аметропии, позволяющую без напряжения аккомодации выполнять работу на расстоянии 50 см от глаза?**

! 1. Миопия 2,0 D

? 2. Эмметропия

? 3. Гиперметропия 2,0 D

? 4. Гиперметропия 5,0 D

**№48**

**Какие очки нужны 55- летнему пациенту с миопией 2,0 D для работы вблизи?**

! 1. Сфера +0,5 D

? 2. Сфера +1,0 D

? 3. Сфера +2,5 D

? 4. Сфера +3,5D

**№49**

**Какое фокусное расстояние сферической линзы +0,5 D?**

? 1. 0,5 метра

? 2. 0,75 метра

! 3. 2 метра

**№ 50**

**Дальнейшая точка ясного зрения обоих глаз пациентки К. (60 лет) находится на расстоянии 20 см перед глазом.**

О какой рефракции идёт речь?

! 1. О миопии 5,0 D

? 2. О миопии 2,0 D

? 3. О гиперметропии 5,0 D

? 4. Об эмметропии

**№51**

**Какие очки для близи нужны 80 – летнему пациенту, имеющему эмметропию?**

? 1. Сфера +1,0 D

! 2. Сфера +3,0 D

? 3. Сфера +5,0 D

! 4. Сфера -2,0 D

**№52**

**Какие очки для близи понадобятся пациентке в 60 лет, имеющей миопию 5,0 D ?**

! 1. Сфера -2,0 D

? 2. Очки не понадобятся

? 3. Сфера +1,0 D

? 4. Сфера +5,0 D

**№53**

**При проверке остроты зрения исследуемый безошибочно читает буквы 10 ряда с расстояния в 3 метра.**

Какая у него острота зрения?

? 1. 0,06

? 2. 0,3

! 3. 0,6

? 4. 1,0

**№54**

**Если допустить, что оптические среды прозрачны и зрительно-нервный аппарат в норме, то какой вид клинической рефракции при остроте зрения 0,6 у пациента можно исключить?**

! 1. Эмметропию

? 2. Миопию

? 3. Гиперметропию

**№55**

**Острота зрения обоих глаз 0,5. Приставление сферического стекла +0,5 D ухудшает остроту зрения. О какой рефракции идёт речь?**

! 1. O миопии

? 2. O гиперметропии

? 3. Об астигматизме

**№ 56**

**У пациента Б. 45 лет острота зрения каждого глаза 1,0.**

Какой вид клинической рефракции можно исключить?

! 1. Миопию

? 2. Эмметропию

? 3. Гиперметропию

**№57**

**Острота зрения каждого глаза пациента 1,0. Приставление к каждому из глаз плюсовой сферической линзы 0,5 D ухудшает остроту зрения. О какой клинической рефракции идёт речь?**

! 1. Об эмметропии

? 2. О гиперметропии

? 3. Об астигматизме

**№58**

**Какие очки для чтения нужны пациенту ( возраст 45 лет и рефракция глаз эмметропия)?**

? 1. Сфера +0,5 D

! 2. Сфера +1,5 D

? 3. Сфера +2,0 D

? 4. Сфера +2,5 D

**№59**

**Какой фактор из перечисленных ниже определяет объем аккомодации?**

? 1. Острота зрения

! 2. Возраст пациента

? 3. Степень напряжения цилиарной мышцы

? 4. Внутриглазное давление

? 5. Поле зрения

**№60**

**Определите объем аккомодации у пациента, если у него ближайшая точка ясного видения 10 см, а рефракция - гиперметропия 2,0 дптр.**

? 1. 10,0 дптр

? 2. 8,0 дптр

! 3. 12,0 дптр

? 4. 6,0 дптр

**№61**

**У пациента 68 лет дальнейшая точка ясного видения оказалась равной 29 см. Острота зрения не определялась. Поле зрения не сужено. Скотом не обнаружено.**

Какой вид клинической рефракции у данного пациента?

? 1. Эмметропия

? 2. Гиперметропия

! 3. Миопия

**№62**

**Какова степень близорукости, если дальнейшая точка ясного видения находится на расстоянии 29 см от глаза?**

? 1. 1,5 дптр

? 2. 2,5 дптр

! 3. 3,5 дптр

? 4. 4,5 дптр

? 5. 5,0 дптр

**№63**

**Какой силы очки следует выписать для дали при миопии, равной 3.5 дптр?**

? 1. Сфера -2,0 дптр

? 2. Сфера -2,5 дптр

? 3. Сфера -3,0 дптр

! 4. Сфера -3,5 дптр

? 5. Сфера -4,0 дптр

**№ 64.**

**Больной К., 28 лет, страдающий рассеянным склерозом, заметил резкое снижение зрения правого глаза. При проверке остроты зрения он смог различить пальцы на расстоянии 50 см.**

Какова острота зрения правого глаза?

? 1. Светоощущение

! 2. 0,01

? 3. 0,02

? 4. 0,05

? 5. 0,1

**№65**

**Какой диагноз можно предположить у пациента 28 лет, страдающего рассеянным склерозом при резком снижении зрения правого глаза до 0,01?**

? 1. Спазм аккомодации

? 2. Катаракта

? 3. Застойный диск зрительного нерва

! 4. Ретробульбарный неврит

? 5. Хориоретинит

**№66**

**Какие изменения поля зрения характерны для ретробульбарного неврита?**

? 1. Концентрическое сужение

? 2. Сужение с носовой стороны

! 3. Центральная скотома

? 4. Периферическая скотома

? 5. Гемианопсия

**№67**

**Какие жалобы характерны для ретробульбарного неврита?**

? 1. Радужные круги вокруг источников света

? 2. Ломящие боли в области глаза

! 3. Боли при движениях глаза

? 4. Двоение

**№68**

**Назовите медикамент для глазных капель, с помощью которого можно устранить спазм аккомодации и, следовательно, восстановить остроту зрения вдаль?**

? 1. Прозерин

! 2. Атропин

? 3. Флюоресцеин

? 4. Пилокарпин

**№69**

**Больная Н., 28 лет, находящаяся на лечении по поводу эндокардита, внезапно заметила выпадение поля зрения в виде сектора с нижне-носовой стороны. Внешне глаз оставался неизменным.**

Ваш предполагаемый диагноз?

? 1. Кровоизлияние в стекловидное тело

? 2. Острый приступ глаукомы

? 3. Эмболия центральной артерии сетчатки

! 4. Эмболия ветви центральной артерии сетчатки

? 5. Тромбоз центральной вены сетчатки

**№70**

**Какая методика исследования поможет вам уточнить диагноз при эмболии ветви центральной артерии сетчатки у больной, находящейся на лечении по поводу эндокардита?**

? 1. Исследования в проходящем свете

? 2. Метод фокального освещения

! 3. Офтальмоскопия

? 4. Диафаноскопия

**№ 71**

**Назовите наиболее характерную жалобу (из перечисленных) больных закрытоугольной глаукомой**

? 1. Светобоязнь

! 2. Преходящее затуманивание зрения

? 3. Ощущение песка в глазу

? 4. Двоение

**№72**

**Назовите характерную жалобу для закрытоугольной формы глаукомы?**

? 1. Слезотечение

? 2. 'Летающие мушки'

! 3. Радужные круги вокруг источников света

? 4. Фотопсия

**№73**

**Какими изменениями в глазу объясняются жалобы больных глаукомой на преходящее затуманивание зрения и радужные круги вокруг источников света ?**

? 1. Экскавацией диска зрительного нерва

? 2. Изменением диаметра зрачка

? 3. Изменением глубины передней камеры

! 4. Отёком роговой оболочки

**№74**

**Какой лекарственный препарат в каплях используется для лечения закрытоугольной глаукомы?**

? 1. Сернокислый цинк

? 2. Сульфицил натрия

? 3. Атропин

! 4. Пилокарпин

**№75**

**Укажите концентрацию раствора пилокарпина, применяемого в лечении закрытоугольной глаукомы?**

? 1. 0,25%

? 2. 0,5%

! 3. 1%

? 4. 10%

**№ 76**

**Больной К., 28 лет, обратился к окулисту с жалобой на то, что плохо ориентируется, часто натыкается на окружающие предметы.**

Нарушение какой функции вы можете предположить?

? 1. Центрального зрения

! 2. Периферического зрения

? 3. Цветоощущения

? 4. Бинокулярного зрения

№77

При исследовании периферического зрения выявлено на обоих глазах выявлено концентрическое сужение границ поля зрения до 8 градусов от точки фиксации. Острота зрения 1,0. Передние отделы глаз не изменены. Оптические среды прозрачны. Какой препарат вы используете для облегчения осмотра глазного дна?

? 1. Атропин

! 2. Мидриацил

? 3. Пилокарпин

? 4. Флюоресцеин

? 5. Прозерин

**№78**

**При осмотре глазного дна пациента с концентрическим сужением зрения до 8 градусов от точки фиксации выявлена следующая картина:**

**диск зрительного нерва бледный с восковидным оттенком. Ретинальные сосуды сужены. На периферии глазного дна видны пигментные отложения, напоминающие костные тельца. Ваш диагноз?**

? 1. Ретинит

? 2. Неврит

! 3. Пигментная дистрофия сетчатки

? 4. Глаукома

? 5. Диабетическая ретинопатия

**№79**

**Назовите жалобу, характерную для пигментной дистрофии сетчатки.**

? 1. Боли в глазах

? 2. Метаморфопсии

! 3. Гемералопия

? 4. Радужные круги вокруг источников света

**№ 80.**

**Больная 18 лет, студентка, наблюдается у терапевта по поводу ревматизма. После переохлаждения появились умеренные боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, глаз покраснел.**

**При осмотре: правый глаз – перикорнеальная инъекция, роговая оболочка прозрачна, влага передней камеры опалесцирует, зрачок уже, чем на левом глазу и вяло реагирует на свет. Глазное дно без изменений. Острота зрения 0,8. Левый глаз здоров.**

Какой диагноз можно поставить в данном случае?

? 1. Острый приступ глаукомы

? 2. Острый конъюнктивит

? 3. Кератит

! 4. Ирит

? 5. Хориоретинит

**№81**

**Какой лекарственный препарат в каплях порекомендуете для оказания первой помощи при ирите?**

? 1. Миотик

? 2. Дезинфицирующие капли

! 3. Мидриатик

? 4. Вяжущие препараты

**№82**

**Какова концентрация раствора атропина, применяемого в виде глазных капель для снятия спазма аккомодации?**

? 1. 0,001%

? 2. 0,01%

? 3. 0,1%

! 4. 1%

? 5. 10%

**№ 83.**

**Больной 30 лет нейрохирургического профиля стал испытывать затруднение при чтении текста каждым глазом: часть слов в правой половине строчек стала не видна. При осмотре глаз: острота зрения 1,0; оптические среды прозрачные. Глазное дно не осматривалось.**

О поражении какого отдела зрительного пути следует подумать в первую очередь?

? 1. Правого зрительного нерва

? 2. Левого зрительного нерва

? 3. Хиазмы

? 4. Правого зрительного тракта

! 5. Левого зрительного тракта

**№ 84.**

**К вам обратилась больная 55 лет с жалобами на общее недомогание, повышение температуры тела, жгучие боли в области верхнего века и надбровья справа. Заболела 2 дня назад, сначала появились боли, а на следующий день веко отекло и покраснело, потом на нем и на лбу появились пузырьки с прозрачным содержимым. При осмотре выявлена резкая граница высыпаний – по средней линии лба. Глазное яблоко не изменено. Острота зрения 1,0.**

Ваш диагноз?

? 1. Рожистое воспаление век

! 2. Опоясывающий герпес век

? 3. Острый дакриоаденит

? 4. Аллергический блефарит

**№85**

**Что лежит в основе опоясывающего герпеса век?**

! 1. Вирусное поражение I ветви тройничного нерва

? 2. Вирусное поражение носоресничного нерва

? 3. Вирусное поражение II ветви тройничного нерва

? 4. Вирусное поражение III ветви тройничного нерва

**№ 86.**

**Больной И., студент, обратился с жалобами на боли в области век, сужение глазной щели справа.**

**При осмотре – глазная щель сужена в наружной трети, край нижнего века гиперемирован и утолщён. Осторожное прикосновение концом стекленой палочки к центральной части зоны воспалительной инфильтрации резко болезненно.**

/

Поставьте диагноз.

? 1. Язвенный блефарит

? 2. Ячмень внутренний

! 3. Ячмень наружный

? 4. Халазион

**№ 87.**

**Инженер П., 45 лет, жалуется на покраснение век и быструю утомляемость при "зрительной работе" на близком расстоянии.**

**При осмотре: умеренная гиперемия краёв век, отдельные серые чешуйки у основания ресниц. Оптические среды прозрачны. Глазное дно в норме. Острота зрения обоих глаз 0,4 с коррекцией сфера +1,5 дптр 1,0.**

Ваш диагноз?

? 1. Чешуйчатый блефарит

? 2. Чешуйчатый блефарит, гиперметропия

! 3. Чешуйчатый блефарит, гиперметропия, пресбиопия

? 4. Язвенный блефарит

**№ 88.**

**Студент К., пожаловался на светобоязнь и слезотечение правого глаза. Недавно перенёс грипп. При осмотре: правый глаз – резко выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция. В параоптической зоне роговицы имеется помутнение, напоминающее веточку дерева, окрашивающееся флюоресцеином, чувствительность роговицы снижена. Радужка не изменена. Глазное дно нормальное. Острота зрения 0,4 не корригируется.**

Поставьте предварительный диагноз.

? 1. Острый конъюнктивит

! 2. Герпетический кератит?

3. Катаральная язва роговицы

**№ 89.**

**В травмпункте больная пожаловалась на сильные боли в левом глазу.**

**Два дня назад уколола глаз веточкой ёлки. При осмотре: левый глаз – выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В роговице имеется жёлтый инфильтрат. Гипопион 3 мм, зрачок 2 мм, вяло реагирует на свет. Глубокие оптические среды прозрачны. Глазное дно нормальное. Острота зрения 0,1 не корригируется.**

Ваш предварительный диагноз?

? 1. Хронический конъюнктивит

? 2. Поверхностный кератит

! 3. Гнойная язва роговицы

**№ 90.**

**У больного, обратившегося с жалобами на покраснение левого глаза при осмотре выявлена зона гиперемии, расположенная в верхней половине глазного яблока в виде ярко-красного очага с фиолетовым оттенком. Очаг имеет нечеткие контуры и возвышается над поверхностью неизмененной склеры. Пальпация этой зоны через веки болезненна. Других изменений не выявлено. Острота зрения 1,0.**

/

Ваш диагноз?

? 1. Острый конъюнктивит

! 2. Эписклерит

? 3. Ирит

? 4. Хронический конъюнктивит

**№ 91.**

**Больной Х. Утром обнаружил, что веки на обоих глазах отекли, склеились, глаза покраснели. При осмотре: веки обоих глаз отечны, в конъюнктивальном мешке гнойное отделяемое; резко выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока, конъюнктива век отечна, гиперемирована. Оптические среды прозрачны, глазное дно в норме.**

Ваш предположительный диагноз?

? 1. Наружный ячмень

! 2. Острый гнойный конъюнктивит

? 3. Весенний катар

? 4. Эпидемический аденовирусный конъюнктивит

**№92.**

**Какой препарат Вы выберите для местного лечения конъюнктивита?**

? 1. Суспензию гидрокортизона

? 2. Раствор сернокислого цинка

! 3. Раствор флоксала 0,3%

? 4. Раствор димедрола

**№ 93.**

**Больная, 65 лет, в течение многих лет страдающая сахарным диабетом, обратилась к окулисту в связи с постепенным снижением зрения на левом глазу. При проверке остроты зрения: больная видит первую строчку таблицы только с трех метров, линзами зрение не корригируется.**

В каких отделах глазного яблока наиболее часто развиваются изменения при сахарном диабете, приводящие к снижению зрения?

? 1. Роговице

? 2. Передней камере

? 3. Цилиарном теле

! 4. Хрусталике

**№ 94**

**Мужчина 40 лет получил удар кулаком по левому глазу. При осмотре: острота зрения левого глаза 0,3 не корригируется. Смешанная инъекция глазного яблока. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна. Зрачок широкий, реакция его на свет отсутствует. При исследовании в проходящем свете в зрачковой зоне на розовом фоне видны черного цвета "нити" и "хлопья", перемещающиеся при движении глаза и даже после его остановки.**

Чем вызвано снижение остроты зрения?

? 1. Отслойкой сетчатки

? 2. Гифемой

! 3. Кровоизлиянием в стекловидное тело

? 4. Подвывихом хрусталика

**№ 95.**

**Больной обнаружил резкое ухудшение зрения левого глаза после подъема тяжестей. Ухудшение зрения носило характер медленно увеличивающейся "завесы" от периферии к центру; периодически возникало ощущение вспышек ("молний") при движениях глаза.**

/

Ваш предварительный диагноз?

? 1. Увеит

? 2. Хориоретинит

? 3. Спазм центральной артерии сетчатки

! 4. Отслойка сетчатки

? 5. Кровоизлияние в сетчатку

? 6. Кровоизлияние в стекловидное тело

**№ 96.**

**Пациент 40 лет пожаловался на ухудшение зрения вблизи и частые головные боли. Острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферой +1,0 дптр 1,0. Преломляющие среды прозрачны. Диск зрительного нерва несколько увеличен и выбухает в стекловидное тело, границы его стушеваны. Вены резко расширены, извиты.**

/

Ваш предположительный диагноз?

? 1. Неврит зрительных нервов

? 2. Ретробульбарный неврит

! 3. Застойный диск зрительных нервов

? 4. Атрофия зрительных нервов

**№ 97.**

**У пожилой женщины возник приступ головных болей с иррадиацией в левый глаз, ухудшилось зрение этого глаза, имела место рвота. Кровяное давление 150/100 мм рт. ст. При осмотре левого глаза обнаружено покраснение глазного яблока и расширенный зрачок, который почти не реагировал на свет. Острота зрения левого глаза 0,02.**

**№98**

**Какую из предлагаемых лечебных схем вы выберите для купирования острого приступа глаукомы?**

? 1. Капли атропина через два часа, внутрь резерпин

! 2. Капли пилокарпина через 15-20 мин. Внутрь диакарб и глицерин

? 3. Капли гидрокортизона. Таблетки папаверина, помещение в темную комнату

**№ 99.**

**При осмотре призывников у одного из них выявлено слезостояние справа. При расспросе установлено, что веки часто склеиваются по утрам, периодически замечает выделение гноя. Обнаружена припухлость над областью слезного мешка справа, при надавливании на эту зону из слёзных точек появляется гной. Оптические среды прозрачные. Глазное дно нормальное. Острота зрения 1,0.**

Ваш предварительный диагноз?

? 1. Острый дакриоцистит

! 2. Хронический гнойный дакриоцистит

? 3. Хронический конъюнктивит

? 4. Дакриоаденит

**№ 100**

**К вам обратился мужчина 65 лет с жалобами на резкое снижение остроты зрения левого глаза после полученного вчера удара кулаком по глазу. До этого острота зрения обоих глаз без коррекции = 1,0. При осмотре: острота зрения левого глаза 0,02; со сферой +10,0 дптр = 1,0. Передняя камера глубокая, при движении глаза радужная оболочка дрожит. Зрачок 7 мм.**

Какова тяжесть контузии глаза?

? 1. Легкая

? 2. Средней тяжести

! 3. Тяжелая

**1.Какая стенка орбиты является самой тонкой?**

Самой тонкой стенкой орбиты является:

А) наружная стенка

Б) верхняя стенка

! В) внутренняя стенка

Г) нижняя стенка.

**2. В какой носовой ход открывается слёзно-носовой канал?**

Слезно-носовой канал открывается в:

! А) нижний носовой ход

Б) средний носовой ход

В) верхний носовой ход.

**3.Какие образования проходят в канале зрительного нерва?**

Канал зрительного нерва служит для прохождения:

А) зрительного нерва

Б) глазной артерии

! В) и того, и другого

Г) ни того, ни другого.

**4.Назовите все оболочки глазного яблока:**

1)Наружная (фиброзная) оболочка включает роговицу и склеру

2) Средняя (сосудистая) оболочка включает радужку, ресничное тело, хориоидею

3)Внутренняя оболочка (сетчатка)

**5. Между какими структурами роговицы располагается боуменова мембрана?**

Боуменова мембрана находится между:

! А) эпителием роговицы и стромой

Б) стромой и десцеметовой оболочкой

В) десцеметовой оболочкой и эндотелием.

**РЕФРАКЦИЯ**

**6.Какова преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием 0,5 м?**

**Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:**

А) 4,0 диоптрии

! Б) 2,0 диоптрии

В) 1,0 диоптрии

Г) 0,5 диоптрии

**7.Где располагается дальнейшая точка ясного зрения при миопии?**

Дальнейшая точка ясного зрения при миопии находится:

А) в бесконечности

Б) на сетчатке

В) перед сетчаткой

! Г) перед глазом на конечном расстоянии.

**8. Какие очки для чтения нужны гиперметропу в 50 лет?**

**Для чтения гиперметропу в 1 диоптрию в возрасте 50 лет нужны очки:**

А) sph +1,0 D

Б) sph +2,0 D

!В) sph +3,0 D

Г) sph +4,0 D

Д) sph +5.0 D.

**9.Какова острота зрения пациента, если детали знаков первого ряда таблицы Сивцева он различает с расстояния 1,5 м?**

V= d/D =1,5/50=0,03

**10.Что считают объективным признаком прогрессирования близорукости?**

Усиление степени близорукости на 1,0Дптр в год и более.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ и ТРАВМА ГЛАЗА**

**11.Дайте определение заболеванию «блефарит».Назовите его формы.**

Блефарит – воспаление краёв век.

Формы блефарита:

1)Простой блефарит

2)Чешуйчатый блефарит

3)Язвенный блефарит

**12. Что такое дакриоаденит?**

**110. Дакриоаденит – это:**

А) воспаление слезной железы век

! Б) воспаление слезной железы

В) воспаление слезного мешка.

**13.Для какого заболевания характерно снижение чувствительности роговицы?**

**Снижение чувствительности роговицы характерно для:**

А) ползучей язвы роговицы

Б) фликтенулезного кератита

! В) герпетического кератита

Г) сифилитического кератита.

**14. По каким показателям оценивается стадия первичной глаукомы ?**

. **Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:**

А) остроты зрения

Б) уровня внутриглазного давления

! В) состояния поля зрения и диска зрительного нерва

Г) размах суточных колебаний ВГД.

**15. Для какого заболевания характерно** с**очетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, ощущение инородного тела в глазу?**

**Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, ощущение инородного тела в глазу – характерно для:**

А) катаракты

! Б) кератита

В) отслойки сетчатки

Г) атрофии зрительного нерва

Д) тромбоза центральной вены сетчатки.

16. **Какой из перечисленных клинических признаков говорит о переходе эндофтальмита в панофтальмит:**

А) воспалительный отек век и конъюнктивы

Б) полная потеря зрения

В) желтый рефлекс в области зрачка

! Г) появление и усиление экзофтальма.

**17.Чем вызывается электроофтальмия?**

Электроофтальмия вызывается воздействием:

А) электрического тока

Б) бета-лучей

В) рентгеновских лучей

! Г) ультрафиолетовых лучей.

**18.Достоверные признаки проникающего ранения глазного яблока.**

К абсолютным признакам проникающего ранения глазного яблока относятся:

1. **Зияющая рана фиброзной капсулы глаза (роговицы или склеры)**
2. **Инородное тело внутри глаза**

**19. Первая врачебная помощь при проникающем ранении глаза:**

1) Закапать антибиотики или антисептики

2) Наложить на оба глаза бинокулярную повязку

3) Ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке

4) Санитарным транспортом в лежачем положении отправить

больного в офтальмологический стационар

**20. Вам необходимо удалить инородное тело с поверхности роговицы. Дикаина и инокаина у Вас нет. Как поступить?**

Для анестезии можно воспользоваться лидокаином 2% или новокаином 2%.

**Педиатрия**

1. Препараты базисной терапии при бронхиальной астме у детей

а) ингаляционные глюкокортикостероиды

б) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

в) кромоны

г) ингаляционные β2-агонисты длительного действия

1. Критерии оценки тяжести приступа бронхиальной астмы у детей

а) частота дыхания

б) свистящее дыхание

в) частота сердечных сокращений

г) все выше перечисленное

1. К факторам риска возникновения бронхиальной астмы у детей являются

а) генетическая предрасположенность

б) пол

в) ожирение

г)все выше перечисленное

4. Факторы, вызывающие обострения бронхиальной астмы

а) респираторные инфекции

б) физическая нагрузка

в) воздушные поллютанты

г) все выше перечисленное

5. Воспаление при бронхиальной астме характеризуется

а) гиперсекрецией слизи

б) отеком слизистой оболочки

в) сужением бронхов

г) всем выше перечисленным

6. К биологическим маркерам бронхиальной астмы относятся

а) повышенный уровень IgE

б) повышенный уровень эозинофилов в мокроте

в) увеличение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе

г) все выше перечисленное

7. При проведении пробы с β2-агонистов при вы полнении спирометрии в пользу диагноза бронхиальной астмы свидетельствует прирост ОФВ1

а) на 5%

б) на 12%

в) на 1%

г) на 10%

8. У детей при бронхиальной астме применяются следующие типы устройства для доставки лекарственного средства

а) дозированные аэрозольные ингаляторы

б) порошковые ингаляторы

в) небулайзеры

г) все выше перечисленное

9. Показания для назначения антибактериальной терапии при обострении бронхиальной астмы на фоне ОРЗ

а) стойкая гипертермия более 3 суток

б) выраженные проявления бронхиальной обструкции, не поддающиеся противоастматической терапии, с явлениями токсикоза

в) появление гнойной мокроты

г) возраст ребенка менее 2 лет

10. Показаниями для госпитализации ребенка с бронхиальной астмой являются

а) обострение астмы, не купирующееся в амбулаторных условиях

б) астматический статус

в) подбор схемы терапии у больных с тяжелой, резистентной к обычной терапии астмой

г) возможные выраженные побочные эффекты противоастматических препаратов

11. К заболеваниям атопического марша относятся

а) атопический дерматит

б) бронхиальной астмы

в) аллергический ринит

г) все выше перечисленное

12. закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» обеспечивает

а) бесплатное проведение прививок Национального календаря в системах государственного здравоохранения

б) социальную защиту граждан в случае поствакцинальных осложнений

в) использование эффективных и безопасных препаратов

г) все выше изложенное

13. Противопоказаниями для ревакцинации БЦЖ являются

а) активный или перенесенный туберкулез, инфицирование микобактериями

б) положительная и сомнительная реакция Манту

в) осложненные реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ

г) все выше перечисленное

14. Клиническая картина кори включает следующие симптомы

а) синдром лихорадки

б) катаральный синдром

в) синдром экзантемы

г) боли в животе, рвота, диарея

15. Синдром экзантемы при кори включает

а) этапность распространения сыпи

б) сыпь пятнисто-папулезная

в) исчезновение сыпи через пигментацию

г) пластинчатое шелушение на ладонях и подошвах

16.Медикаментозная терапия при кори включает

а) рекомбинантные интерфероны (гриппферон, виферон)

б) жаропонижающие средства

в) антибактериальная терапия

г) антигистаминные препараты по показаниям

17. «Малый краснушный синдром» включает

а) глухоту

б) катаракту

в) пороки сердца

г) все выше изложенное

18. Клиническая картина приобретенной краснухи включает

а) мелкопятнистую сыпь

б) синдром лимфоаденопатии с преимущественным увеличением размеров затылочных и заднешейных лимфатических узлов

в) температура тела нормальная или субфебрильная

г) умеренный катаральный синдром

19. Дифференциальная диагностика краснухи включает

а) корь

б) скарлатина

в) энтеровирусная экзантема

г) ветряная оспа

20. Для коклюша у детей характерны следующие симптомы

а) нормальная температура тела

б) сухой навязчивый кашель с постепенным усилением, несмотря на проводимую симптоматическую терапию

в) эритематозные высыпания

г) удовлетворительное состояние больного

21. Особенности коклюша у привитых детей

а) характерны легкие и среднетяжелые формы заболевания

б) летальные исходы не отмечаются

в) кашель с репризами и рвота отмечаются редко

г) специфические осложнения редкие

22. Дифференциальная диагностика коклюша проводится с

а) ОРВИ

б) пневмония

в) аспирация инородного тела

г) корь

23. К диагностическим критериям бронхиальной астмы относятся:

а) спирометрия

б) кожные скарификационные пробы

в) рентгенограмма грудной клетки

г) определение хлоридов пота

24. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы у детей раннего возраста проводится

а) обструктивный бронхит

б) трахеобронхомаляция

в) бронхолегочная дисплазия

г) пневмония

25. Для инфекционного мононуклеоза характерны следующие синдромы за исключением:

а) синдром поражения лимфатических узлов

б) синдром поражения носо- и ротоглотки

в) синдром гепатоспленомегалии

г) синдром поражения сердечно-сосудистой системы

26. Дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза проводится со следующими заболеваниями:

а) ОРВИ

б) дифтерия зева

в) эпидемический паротит

г) дизентерия

27.К осложнениям при ветряной оспе относятся все кроме

а) острый стенозирующий ларинготрахеит

б) энцефалит

в) кератит

г) артралгия

28. К особенностям герпетической инфекции у детей раннего возраста относятся

а) фебрильная лихорадка

б) синдром интоксикации

в) поражение слизистых и кожи

г) менингоэнцефалит

29. В терапии хламидийной инфекции применяются следующие группы препаратов

а) макролиды

б) интерфероны

в) витамины

г) жаропонижающие средства

30. Для рентгенологической картины при микоплазменной инфекции характерны следующие признаки за исключением

а) двусторонняя пневмония

б) сегментарные ателектазы

в) усиление сосудистого и бронхолегочного рисунка

г) экссудативный плеврит

31. В группу «белых» пороков относятся за исключением

а) стеноз устья аорты

б) дефект межпредсердной перегородки

в) окрытый артериальный проток

г) тетрада Фалло

32. Для инфекционных миокардитов характерны следующие симптомы

а) кардиомегалия

б) патологические изменения на ЭКГ в виде деполяризации желудочков

в) при УЗИ диагностике умеренная дилатация левого желудочка и предсердия

г) на ФКГ – шум функционального характера

33. Диагностика артериальной гипертензии основывается на следующих данных

а) наследственная отягощенность по АГ среди родственников первой или второй линии родства

б) высокие цифры АД в покое

в) изменение сосудов глазного дна

г) клинико-рентгенологические признаки гипертрофии левого жеудочка

34. Причинами вторичной артериальной гипертонии у детей могут быть следующие заболевания

а) стеноз почечных артерий

б) феохромоцитома

в) недостаточность аортального клапана

г) узелковый периартериит

35. Симптомы, позволяющие предположить наличие муковисцидоза у детей первого года жизни:

а) рецидивирующий кашель или одышка

б) отставание физического развития

в) хроническая диарея

г) рецидивирующая пневмония

36. Этиологическая структура острых бронхитов у детей

а) цитомегаловирусная инфекция

б) респираторно-синцитиальная инфекция

в) микоплазменная инфекция

г) аденовирусная инфекция

37. Осложнения внебольничной пневмонии у детей

а) плеврит

б) абсцесс

в) пневмоторакс

г) все выше перечисленные

38. Группы риска для вакцинации против пневмококка

а) лица с хроническими бронхолегочными заболеваниями, в том числе бронхиальной астмы

б) больные с онко-гематологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией

в) больные с тяжелым течением заболеваний системы кровообращения (ВПС, кардиомиопатия)

г) все выше перечисленные

39. Диагностические критерии пневмонии у детей

а) температура тела 38◦С в течение 3 дней

б) признаки токсикоза (отказ от еды и питья, сонливость, резкая бледность при повышенной температуре тела)

в) асимметрия хрипов

г) все выше перечисленное

40. Диагностические критерии ювенильного ревматоидного артита

а) поражение одного или более суставов в виде ограничения функции, контрактуры сустава, болезненности при пальпации

б) утренняя скованность

в) симметричное поражение суставов

г) ревматоидные узелки

41. Лечение ювенильного ревматоидного артрита

а) нестероидные противовоспалительные препараты

б) системные глюкокортикорстероиды

в) макролиды

г) иммунодепрессанты

42. Для клинической картины геморрагического васкулита характерны

а) эритематозно-пятнистые симметричные высыпания на нижних конечностях

б) схваткообразные боли в области пупка, тошнота, повторная рвота

в) транзиторная гематурия

г) менингиальные симптомы

43. Дифференциальный диагноз при остром лейкозе надо проводить с

а) лейкемойдная реакция при тяжелых бактериальных инфекциях

б) лекарственная болезнь

в) отравления

г) все выше перечисленные

44. Клиническая картина лимфогранулематоза у детей это

а) одностороннее увеличение шейных лимфатических узлов

б) волнообразные лихорадки

в) гепатомегалия

г) кожный зуд

45. Для гемофилии характерны следующие виды геморрагий

а) кровоизлияния в суставы

б) кровоизлияния под кожу и в мышцы

в) носовые кровотечения

г) желудочно-кишечные кровотечения

46. Вероятными признаками недостаточности лактации являются

а) беспокойство ребенка во время или сразу после кормления

б) частый плач

в) скудный редкий стул

г) субфебрильная температура

47. Мероприятия, применяемые при лактационных кризах

а) более часто прикладывание к груди

б) урегулирование режима питания

в) контрастный душ

г) введение молочных смесей

48. Противопоказания для проведения грудного вскармливания

а) мастит

б) острый гепатит А

в) ВИЧ-инфицированные женщины

г) матери, страдающие алкогольной зависимостью

49. Какие смеси рекомендовано вводит ребенку с проявлениями атопического дерматита при прекращении лактации у матери

а) смеси на основе козьего молока

б) соевые смеси

в) смеси с частичным гидролизом белка

г) смеси с полным гидролизом белка

50. Предрасполагающими факторами к развитию рахита являются

а) высокие темпы развития ребенка впервые месяцы жизни

б) гипотрофия

в) недоношенность

г) задержка внутриутробного развития

51. Для эффективного лечения рахита необходимы

а) препараты кальция

б) полноценное сбалансированное питание

в) лечебная доза витамина Д составляет 500 МЕ/сутки

г) лечебная доза витамина Д составляет 2000 МЕ/сутки

52. Факторы, приводящие к гипотрофии у детей первого года жизни

а) недостаточное поступление пищевых веществ

б) синдром мальабсорбции

в) врожденные пороки развития

г) все выше перечисленное

53. При развитии упорных срыгиваний у ребенка первого года жизни рекомендуется применение следующих смесей

а) антирефлюксные смеси

б) смеси на основе полного гидролиза молочного белка

в) соевые смеси

г) кисло-молочные смеси

54. Функциональные запоры у детей необходимо дифференцировать с

а) болезнь Гиршпрунга

б) гипотиреоз

в) прием противосудорожных препаратов

г) дисбиоз кишечника

55. Клинические симптомы целиакии у детей

а) задержка психомоторного развития

б) железодефицитная анемия

в) рецидивирующий афтозный стоматит

г) рецидивирующий бронхит

56. Клинические проявления, требующие исключения диагноза муковисцидоза, за исключением

а) отставание в физическом развитии в виде гипотрофии

б) рецидивирующая пневмония

в) выпадение прямой кишки

г) аденоидит

57. Показания для проведения парентеральной регидратации при острых кишечных инфекциях у детей

а) инфекционно-токсический шок

б) неукротимая рвота

в) неэффективность оральной регидратации в течение суток

г) олигоурия

58. Основные причины вегетативной дистонии у детей

а) невроз астенический

б) конституциональные особенности нервной системы

в) органические поражения нервной системы

г) все выше перечисленные

59. При плановом обследовании пациентов с вегетативной дистонией рекомендовано обследование следующих специалистов

а) окулист

б) ЛОР –врач

в) невропатолог

г) стоматолог

60. Суточное мониторирование артериального давления при вегетативной дистонии у детей

а) наличие синкопальных состояний

б) упорные головные боли

в) подбор индивидуальной комплексной терапии

г) наличие в анамнезе неоднократных подъемов АД выше предельно допустимых цифр для данного возраста

61. Частота сердечных сокращений у ребенка 5 лет равна

а) 120 ударов в минуту

б) 100 ударов в минуту

в) 80 ударов в минуту

г) 90 ударов в минуту

62. При оценке физического развития ребенка оцениваются следующие параметры

а) окружность головы

б) окружность грудной клетки

в) масса тела

г) длина тела

63. Ошибки при ведении пациентов с аллергическим ринитом

а) назначение антигистаминных препаратов 1-го поколения

б) длительное назначение сосудосуживающих препаратов

в) хирургическое лечение – аденотомия

г) применение антибиотиков

64. Препараты для терапии аллергического ринита у детей

а) антилейкотриеновые препараты

б) топические стероиды

в) антигистаминные препараты 1-го поколения

г) топические кромоны

65. Для младенческой формы атопического дерматита характерно

а) эритематозный характер поражения кожных покровов

б) преобладание островоспалительных явлений в виде мокнущих бляшек

в) локализация в области лица, шеи, ягодиц, туловища

г) все выше перечисленное

66. Причины развития железодефицитной анемии

а) алиментарный дефицит железа

б) недоношенность

в) вскармливание грудных детей смесями на основе коровьего молока в объеме более 400 г/сутки

г) хронические воспалительные заболевания кишечника

67. Для клиники железодефицитной анемии характерны следующие симптомы:

а) извращение вкуса и обоняния

б) мышечные боли

в) гипотония мышечного пузыря

г) головные боли

68. Болезненные мочеиспускания характерны для следующих заболеваний

а) цистит

б) пиелонефрит

в) острая почечная недостаточность

г) нефротический синдром

69. Причинами обструкции мочевыводящих путей могут быть

а) камень лоханки

б) фимоз

в) врожденные заболевания предстательной железы

г) все выше перечисленное

70. Клиническими симптомами при гломерулонефрите являются

а) субфебрильное повышение температуры, снижение аппетита, вялость , слабость

б) повышение артериального давления, изменение зрения

в) изменение цвета и помутнение мочи

г) мочевой синдром в виде гематурии, протеинурии, олигурии

71. Для быстропрогрессирующего гломерулонефрита характерно

а) аутоиммунные механизмы в развитии заболевания

б) чаще болеют подростки

в) выраженная интоксикация

г) гематурия, протеинурия

72. Лечение гломерулонефрита включает

а) анитбактериальная терапия

б) диуретики

в) витаминотерапия

г) цитостатики

73. Стандартное обследование при хроническом гломерулонефрита включает

а) посевы мочи

б) осмотр глазного дна

в) обследование на наличие маркеров цитомегаловируса, вирусов гепатита В

г) биопсия почек

74. Для тяжелого приступа бронхиальной астмы характерно

а) частота дыхания выше 40 в минуту

б) частота пульса выше 120 в минуту

в) затрудненная речь

г) все выше перечисленное

75. В женском молоке присутствуют следующие биологически активные факторы

а) лизоцим

б) антистафилококковый фактор

в) антилямблиозный фактор

г) специфический иммуноглобулин А

д) макрофаги

76. К принципам успешного грудного вскармливания относятся

а) прикладывание к груди в течение получаса после родов

б) поощрение грудного вскармливания по требованию

в) информирование беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания

г) круглосуточное нахождение матери и новорожденного

д) все выше перечисленное

77. Суточное количество пищи для детей от 4 до 6 месяцев составляет

а) 1/5 от массы тела

б) 1/6 от массы тела

в) 1/7 от массы тела

г) 1/8 от массы тела

д) ничего из выше перечисленного

78. чисто кормлений детей в возрасте от 1до 3 месяцев составляет

а) 7 раз в сутки

б) 6 раз в сутки

в) 4 раза в в сутки

г) 5 раз в сутки

д) ничего из выше перечисленного

79. Что в меньшей степени влияет на рост ребенка

а) недостаток микроэлементов

б) недостаток витаминов

в) недостаток углеводов и жиров

г) белковая недостаточность, особенно животных жиров

д) ничего из выше перечисленного

80. При аускультации легких ребенка в возрасте 6 месяцев выслушивается

а) жесткое дыхание

б) пуэрильное дыхание

в) ослабленное дыхание

г) бронхиальное дыхание

81. Частота мочеиспусканий в сутки у новорожденного ребенка составляет

а) 10

б) 25

в) 5

г) ничего из выше перечисленного

82. Клинические проявления внутриутробной инфекции у новорожденного

а) задержка прибавки массы тела

б) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

в) увеличение печени и селезенки

г) желтуха

д) судороги

83. Клинические симптомы омфалита у новорожденного

а) отек и гиперемия пупочного кольца

б) вялость

в) фебрильная температура тела

г) потеря массы тела

д) все выше перечисленное

84. Этиологические причины пневмонии новорожденных

а) цитомегалия

б) микоплазма

в) вирусы герпеса II типа

г) кишечная палочка

д) все выше перечисленное

85. Обследование новорожденного ребенка с подозрением на пневмонию

а) рентгенография грудной клетки

б) клинический анализ крови

в) посев на флору из ротоглотки

г) газовый состав крови

д) все выше перечисленное

86. Причины эндогенного рахита у детей

а) муковисцидоз

б) целиакия

в) нефротический синдром

г) ожоговая болезнь

д) все выше перечисленное

87. Эндогенные причины гипотрофии у детей первого года жизни

а) перинатальная дисплазия

б) врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта

в) гипертиреоз

г) вторичные иммунодефициты

88. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить наличие туберкулезной инфекции у ребенка

а) длительный кашель

б) наличие субфебрилитета

в) полилимфаденопатия

г) ночные поты

д) наличие сосудистого рисунка в межлопаточной области

89. Симптомами пищевой аллергии у детей являются

а) отек Квинке и крапивница

б) аллергический риносинусит

в) бронхиальная астма

г) синдром внезапной смерти

90. Показания для госпитализации при приступе бронхиальной астмы

а) неэффективность бронхолитической терапии

б) период обострения астмы более 1-й недели

в) невозможность оказания неотложной помощи в домашних условиях

г) все выше перечисленное

91.В этиологии внебольничных пневмоний ведущее значение имеет

а) пневмококк

б) стрептококк

в) стафилококк

г) клебсиелла

92. Ведущим клиническим синдромом в диагностике является

а) одышка

б) ослабленное дыхание

в) крепитация локальная

г) многочисленные мелкопузырчатые хрипы

93. Острое начало, лихорадка с ознобом типична

а) для пневмококковой пневмонии

б) для стафилококковой пневмонии

в) для микоплазменной пневмонии

г) для пневмоцистной пневмонии

94. Витамин D

а) увеличивает продукцию паратгормона

б) способствует всасыванию Ca из желудочно-кишечного тракта

в) блокирует канальцевую реабсорбцию

г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови

д) на указанные биологические эффекты не влияет

95. Краниотабес не наблюдают

а) при D-дефицитном рахите

б) при D-зависимом рахите

в) при остеопорозе

г) у недоношенного и незрелого ребенка

96. Из перечня заболеваний новорожденных, сопровождающихся судорогами, следует исключить

а) внутричерепное кровоизлияние

б) гипогликемию

в) менингит

г) D-дефицитный рахит

д) синдром Ди Джорджа

97. Карпопедальный спазм характерен

а) для дефицита железа

б) для гипофосфатемии

в) для гипокальцемии

г) для фебрильных судорог

д) для эписиндрома

98. Заболевания, при которых отмечается нарушение микробиоценоза кишечника

а) ожирение

б) дисменорея

в) язвенная болезнь

г) гипертоническая болезнь

д) все выше перечисленное

99. Для клинической картины инсулинзависимого сахарного диабета характерно все кроме

а) острое начало

б) быстрое развитие осложнений

в) выраженная потеря веса

г) полиурия

д) стабильное течение

100. Клинические проявления токсокароза необходимо дифференцировать с

а) бронхиальной астмой

б) туберкулезом легких

в) псевдотуберкулезом

г) ретинобластомой

**Задача № 1**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение трудоспособности, потемнение кожи, плохой аппетит, тошноту, периодически жидкий стул, головокружение, особенно при перемене положения тела и натощак.

**Анамнез заболевания:** считает себя больной в течение 3 - 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы. Значительное ухудшение самочувствия в течение последнего года. За 3 года болезни потеряла в весе 15 кг. Многократно обращалась к врачам, лечилась у невропатолога по поводу астено-невротического синдрома, без эффекта. Больная была госпитализирована в хирургическую клинику для обследования с подозрением на рак желудка. Тщательное обследование не подтвердило предположение о новообразовании. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Нарастала слабость.

**Объективно:** состояние тяжелое, резчайшая общая и мышечная слабость, не может сидеть, ходить. Пониженного питания, рост 158 см, вес 48 кг. Кожа темная, цвета загара, особенно лица, шеи, рук (открытых частей тела), сосков, кожных складок. Пигментация буккальной слизистой против коренных зубов. АД 80/40 мм рт. ст., пульс ритмичный 60 уд/мин, слабого наполнения. Границы сердца в норме, тоны сердца чистые. Дыхание в легких ослаблено. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

**Клинический анализ крови:** Эр 2,7х1012/л, Гем. 52 г/л., цветной показатель - 1,3, Лейк. 3,3х109, соэ - 25, б-0, э-6, п-2, с-42, лимф.- 48, м-2, макроцитоз.

**ЭКГ** - умеренно выраженные диффузные изменения миокарда, признаки гиперкалиемии.

.

**Задача № 2**

Больная 28 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии: с трудом отвечает на вопросы, беспокоит слабость, одышка, не может лежать. Плохой аппетит, тошнота, отеки, кожный зуд.

**Анамнез заболевания:** страдает сахарным диабетом с 11-летнего возраста. Диабет манифестировал кетоацидозом. С тех пор (17 лет) инсулинотерапия. К своей болезни относилась несерьезно, нарушала диету, уровень глюкозы на протяжении всех лет (со слов матери) практически всегда был выше 8 - 9 ммоль/л (до 16 - 17 ммоль/л). К врачу обращалась редко. Пять лет назад выявлена артериальная гипертензия. АД в пределах 200/105, 180/110, 170/100 мм рт. ст. Гипотензивные препараты, в частности ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, принимала нерегулярно. При исследовании мочи в течение последних 6 лет постоянно протеинурия. Суточная потеря белка в течение последнего года 7 - 10 гр. Примерно с этого времени появились отеки, которые резко увеличились к моменту госпитализации, ухудшилось зрение.

**Наследственность:** в семье и среди кровных родственников больных диабетом нет.

В настоящее время получает 2 инъекции промежуточного инсулина - протофан 10 ед. в 8 часов утра и 16 ед. в 20 часов вечера.

**Объективно:** состояние тяжелое. Вынужденное сидячее положение. Бледность кожных покровов. Цианоз губ, кончиков пальцев. Кожа сухая, со следами расчесов. Распространенные папулезные высыпания с некрозом в центре. Отеки стоп, голеней, бедер, поясницы, кистей.

Пульс ритмичный, 110 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 180/100 мм рт. ст.

Границы относительной сердечной тупости значительно расширены влево (до передней аксиллярной линии) и вправо (до l. medioclavicularis). При аускультации сердца - трехтактный ритм, грубый систолический шум над всей поверхностью сердца и грубый шум трения перикарда. Число дыханий 30 мин. При перкуссии легких укорочен тон в нижних отделах, особенно справа. Дыхание везикулярное, в нижних отделах, больше справа - влажные хрипы.

Живот вздут, при перкуссии живота на боку и стоя – четкое притупление перкуторного звука. Печень выступает на 6 см из-под края реберной дуги, край острый.

**Лабораторные данные:**

- уровень глюкозы в крови 7,0 ммоль/л (через час после еды);

- проба Реберга: клубочковая фильтрация - 7 мл/мин;

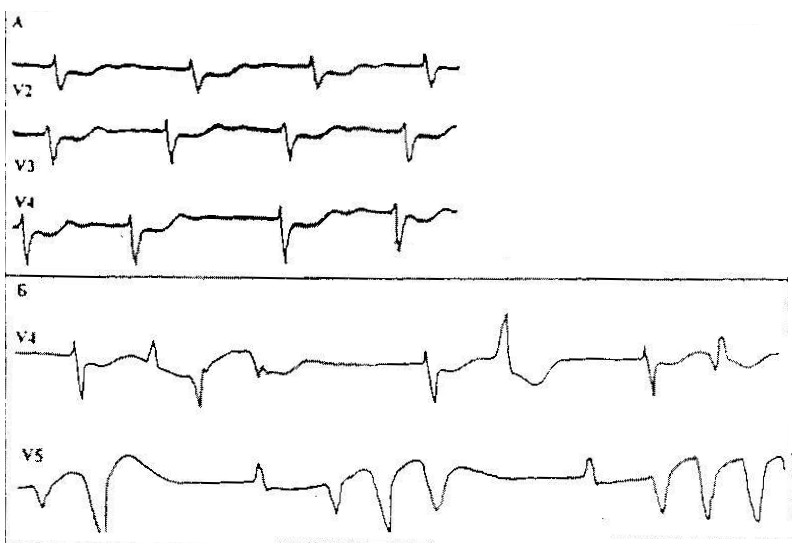
- ЭКГ: гипертрофия левого желудочка;

**Задача № 3**

К пациентке 73 лет вызвана бригада неотложной помощи, в связи с жалобами на сердцебиение, «перебои» в работе сердца, головокружение, нарастание одышки. Ухудшение в течение последних трех дней. Из анамнеза известно: много лет страдает болями за грудиной при физической нагрузке (ходьба по плоскости в медленном темпе, подъем на 1 пролет лестницы). Последние 5 лет постоянная форма фибрилляции предсердий. Продолжительное время получала терапию нитратами, препаратами калия, сердечными гликозидами, мочегонными. 3 дня назад при контрольной явке в поликлинику снята ЭКГ (рис. А). Даны рекомендации продолжить лечение. Через 3 дня самочувствие больной ухудшилось, появились вышеописанные жалобы.

**Объективно**: Состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Одышка при незначительной физической нагрузке (больная разделась). Тоны сердца приглушены I > II, шумов не слышно. Границы относительной сердечной тупости: в III межреберье - l.parasternalis + 1.5 см., в V межреберье - 1. medioclavicularis sinistra. Гpaницы абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. ЧСС 63/42 удара в минуту аритмичный. ЧДД - 22 в минуту. Дыхание везикулярное. В нижних отделах справа небольшое количество мелкопузырчатых незвучных влажных хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1.5 см выступает из под края реберной дуги по 1. mediaclavicularis dextra. Пастозность стоп. Повторно снята ЭКГ (рис. Б.)

Ниже представлены фрагменты ЭКГ. ЭКГ «А» снята в поликлинике; ЭКГ «Б» снята через 3 дня дома.

**Задача № 4**

Больная 30 лет. Поступила в клинику с жалобами на прогрессирующую мышечную слабость, постоянное ощущение жажды, полиурию, головные боли, боли в пояснице, изменение внешнего вида – перераспределение жира, появление более темной окраски кожи, год назад прекратились месячные.

**Из анамнеза** известно, что около трех лет назад при случайном измерении артериальное давление оказалось повышенным – 180/120 мм.рт.ст. По этому поводу больная обратилась к врачу. Проведены исследования, которые выявили повышение уровня глюкозы крови натощак – 7,5 ммоль/л; при УЗИ - наличие камней в почках, в анализах мочи – массивную лейкоцитурию. Определялось неравномерное распределение жира – больше в области верхней половины туловища, живота, на лице, шее, и уменьшение не руках, ногах, в области ягодиц. Был поставлен диагноз сахарный диабет тип 2, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, вторичная артериальная гипертензия. Назначена диетотерапия – по поводу сахарного диабета, уросептики и эналаприл в качестве гипотензивного препарата. В дальнейшем при каждом измерении АД оно оказывалось в пределах 180/110 – 190/130 мм.рт.ст. В последующие годы перераспределение жира нарастало, лицо стало круглым, “лунообразным”, появилась явная плетора лица.

Год назад прекратились месячные.

**Объективно:** имеется умеренное ожирение туловищного типа, индекс массы тела 31 кг/м2, ОТ – 92 см, избыток жира на верхней половине туловища, на лице, животе, в области седьмого шейного позвонка, плеторичное лицо. На конечностях и ягодицах жира мало, гипотрофия мышц конечностей. Кожа тонкая, “пергаметная”, пигментированная. Отмечается “мраморность” кожи, многочисленные геморрагии на нижних конечностях. На боковых поверхностях живота и внутренних поверхностях плеч – сине-багровые стрии. Умеренный гипертрихоз. АД 190/130 мм.рт.ст.

**В анализах** крови выявлено повышение уровня глюкозы крови до 12,2 ммоль/л.

Клинический анализ крови: эритроцитоз, снижено количество лимфоцитов (13%).

Нарушен ритм секреции кортизола, уровень его в плазме крови одинаково высокий утром и вечером.

При проведении ночного теста с 1 мг дексаметазона подавления секреции кортизола не произошло.

Свободный кортизол в моче значительно выше нормы.

Содержание 17 НОСS в суточной моче 21 мг/24 часа, при малой пробе Лиддла (2мг дексаметазона в течение двух дней) – количество 17 НОСS - 20 мг/24 часа.

**Задача № 5**

Больной 61 года.

**Жалобы:** на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку и руку, которые сопровождаются чувством страха и холодным потом. Приступы болей возникают при умеренной физической и эмоциональной нагрузке и продолжаются 5-10 минут. Боли купируются нитроглицерином через 2-3 минуты после приема препарата. Также беспокоят боли в нижних конечностях, особенно ночью и при ходьбе, что вынуждает больного останавливаться.

**Анамнез заболевания**: Считает себя больным более 20 лет, когда впервые была выявлена артериальная гипертензия. Спустя 10 лет появились боли в области сердца. В течение последнего года появилась одышка при подъеме по лестнице. Из-за одышки и болей в ногах не может быстро ходить. В возрасте 54 лет случайно был выявлен сахарный диабет. Лечение только диетой было не эффективно. В настоящее время получает микронизированный манинил. В биохимических анализах: глюкоза натощак от 6,5 до 8,0 ммоль/л, после еды – от 8,5 до 10,2 ммоль/л, триглицериды – 3,3 ммоль/л, HDL-холестерин – 0,7 ммоль/л. АВ анализах мочи – соотношение альбумин/креатинин – 102 мг/г.

**Объективно:** Состояние больного удовлетворительное. Масса тела избыточная, распределение жира равномерное, в основном в области передней части туловища, живота, верхней половине спины. Индекс массы тела 31,5 кг/м2. Отношение окружности талии к окружности бедер – 1,3. Кожа нормальной окраски и влажности. Цианоз губ. Лимфоузлы не пальпируются. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 165/98 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости увеличены влево до передней аксиллярной линии в 5-м межреберье. При аускультации 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум вдоль левого края грудины с максимумом во втором м/р справа. Над легкими перкуторный тон легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги по l. medioclavicularis dextra. Пульсация на a.a.dorsalis pedis и на a.a.poplitea практически отсутствует, на бедренных артериях – ослаблена. Нижние конечности холодные.

Щитовидная железа не пальпируется.

Зрачки реагируют на свет, брюшной и коленный рефлексы в норме.

**Задача № 6**

58-летняя женщина обратилась к вам в связи с выявленной у нее гипохромной анемией.

**При расспросе** у нее выявлены: утомляемость, плохая переносимость холода, сонливость, запоры.

В прошлом здорова. Менопауза наступила в 48 лет. Гинекологических заболеваний не было. У матери было заболевание щитовидной железы, по поводу которого она получала лечение меркозолилом.

**Данные объективного осмотра:** рост –168 см., вес – 72 кг. Кожные покровы сухие и бледные, периорбитальный отек. щитовидная железа увеличена в размерах, плотная, безболезненная.

Пульс 55 уд.в мин., АД 145/95 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков на ногах нет.

**Данные лабораторных исследований:**

Анализ крови: Эр. 3,4 х 1012/л, гем.- 108 г/л, цв. пок. 0,7, лейк. 4,8х109/л, э-1. б-1, п-4, с-50, лимф.-37, м-6, СОЭ-17 мм/ч.

Холестерин-7,08 ммол/л;

На ЭКГ – синусовая брадикардия.

При ЭХО-КГ обнаружен умеренный выпот в полости перикарда.

ТТГ – 69 мМЕ/Л (норма 0,24-3,5), Т4- 4,6 пмоль/Л (норма 10-25), захват радиоактивного иода через 24 часа- 23% (норма 10-40%).

**Задача № 7**

Больная А. 31 года обратилась к вам с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, непереносимость жары, ощущение “песка в глазах”, слезотечение, снижение веса тела на 5 кг за последние 3 месяца, несмотря на хороший аппетит, сердцебиение.

**При расспросе** выявлено, что у больной частый, кашицеобразный стул, сократилось число дней менструального кровотечения.

**При осмотре** состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные и теплые. Пульс 105 ударов в 1 мин., ритмичный, симметричный. АД 120 и 60 мм.рт.ст. Тоны сердца громкие. Дыхание везикулярное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Экзофтальм, периорбитальный отек, инъекция склеры, отсутствие полного смыкания век. Небольшая отечность век. Щитовидная железа диффузно увеличена, при аускультации над нею выслушивается сосудистый шум. Определяется мелкий тремор вытянутых пальцев рук и век.

**Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.**

ТТГ 0,02 мМЕ/Л, (норма- 0,24-3,5), Т4- 39 пмоль/Л (норма-10-25), Т3 – 16 пмоль/Л (норма- 4-8).

Захват радиоактивного йода щитовидной железой через 24 часа 87%.

### Задача № 8

Е.К., 63 года, пенсионерка.

**Жалобы:**

Слабость, одышка при физической нагрузке, головные боли, периодические эпизоды головокружения, умеренные боли в позвоночнике и костях таза.

#### Анамнез заболевания:

#### Ухудшение самочувствия в течение последнего полугода, постепенно нарастала слабость, одышка при физической нагрузке появилась 3 мес. назад, по этому поводу обследовалась у пульмонолога, данных за патологию легких не получено, в анамнезе данных за артериальную гипертензию также нет. Ноющие боли в костях с тенденцией к их усилению беспокоят в течение последних 6 месяцев.

#### Анамнез жизни

В анамнезе контакт с серной и азотной кислотами.

#### Объективно:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, без иктеричности. Пульс – 74 в 1 мин. АД – 130/80 mm Hg. Систолический шум на верхушке. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. в V межреберье. ЧД – 21 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Нижние границы легких в пределах нормы.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Патологических образований в брюшной полости не выявляется. Поколачивание по пояснице безболезненное. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.

#### Лабораторные данные:

Гем. – 77 г/л, эр. – 2,2х1012/л, цветной показатель – 1,0, тр. – 48х109/л, лейк. –3,4х109/л, э. – 2, п. – 3, с – 23, лимф. – 67, м. –1. СОЭ - 60 мм/час.

#### Биохимический анализ

Общий белок – 96 г/л, креатинин – 0,21 ммоль/л, холестерин – 3,2 ммоль/л, билирубин – 5,4 мкмоль/л, АСТ – 23 Е/л, АЛТ – 18 Е/л, калий – 4,3 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,2 ммоль/л, железо – 16 мкмоль/л, альбумин – 30,53 г/л, α1 – 3,46%, α2 – 6,05%, β - 5,53%, γ - 49,54%.

#### Анализ мочи

Уд. вес – 1013, белок – 1,65 г/л.

Свободные легкие цепи иммуноглобулинов κ и λ типа:

Кровь Моча

κ цепь 3,18 мкг/мл (норма) 5,6 мкг/мл (норма)

λ цепь 24 мкг/мл (N – 0,2-1,2) 0,4 мкг/мл (N – 0,001 – 0,004)

#### Рентгенография грудного отдела позвоночника: диффузный остеопороз, остеохондроз, клиновидность тел Th VI, VII, VIII; поясничного отдела позвоночника: диффузный остеопороз; костей таза: диффузный остеопороз, очаг деструкции в проекции лонной кости справа диаметром 2 см.

### Задача № 9

А.И., 23 г., студент.

#### Жалобы:

Слабость, головокружение, шум в ушах, высыпания на коже, общее плохое самочувствие.

#### Анамнез заболевания:

Постепенное ухудшение самочувствия в течение последних 2-х недель, до этого считал себя здоровым. Два дня назад появилась мелкоточечная сыпь на коже обеих голеней, “синячки”.

#### Анамнез жизни:

Без особенностей.

**Объективно:**

Общее состояние средней тяжести.

Больной вялый, сознание ясное, адекватно отвечает на вопросы. Кожа и видимые слизистые бледные, без иктеричности. Геморрагическая сыпь и экхимозы на голенях и бедрах. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс – 92 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД – 120/75 mm Hg. Систолический шум над верхушкой и в точке Боткина. Частота дыхания – 16 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезнен. Печень увеличена на 1,0 см, безболезненна, край ровный, эластичен. Селезенка не пальпируется.

**Лабораторные данные:**

Гем. – 68 г/л, эр. – 2,1х1012/л, цветной показатель – 0,95, тр. – 16х9/л, лейк. – 26,4х109/л, б. – 2, э. – 2, с. – 20, лимф. – 40, м. – 10, бласты – 26.

Цитохимические реакции бластных клеток – пероксидаза-отрицательная, PAS – положительная крупно-гранулярная.

Иммунофенотипирование бластных клеток – CD19+, CD10+, цитоплазматический Jg+, поверхностный Jg -.

### Задача № 10

С.А., 47 лет, служащий.

**Жалобы:**

Не предъявляет.

**Анамнез заболевания:**

При заполнении санаторно-курортной карты случайно выявлены изменения в анализах крови.

**Анамнез жизни:**

Проф. вредностей не отмечает.

**Объективно:**

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс – 68 в мин. АД – 135/80 мм рт.ст.

Печень – у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена.

**Лабораторные данные:**

Гем. – 130 г/л, эр. – 4,2х1012/л, тр. – 600х109/л, лейк. – 28,4х109/л, э. – 3, б. – 3, миелоциты – 12, мета – 15, п. – 18, с. – 20, лимф. – 30, м. – 5. СОЭ – 7 мм/час.

### Задача № 11

Г.В., 18 лет, студент.

#### Жалобы

На повышение температуры тела до 39-39,5о, боли в горле, общее недомогание, ломоту во всем теле, боли в правой ноге.

#### Анамнез заболевания

За сутки до подъема температуры попал в автокатастрофу, в связи с болями в правой ноге был доставлен в травмпункт, где по поводу перелома правой б/берцовой кости наложен гипс и сделана инъекция раствора анальгина. Спустя несколько часов дома появилась фебрильная лихорадка и боли в горле, самостоятельно принимал анальгин.

#### Анамнез жизни

Без особенностей.

#### Объективно

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые, t 39,4о. Зев гиперемирован, миндалины увеличены с 2-х сторон, рыхлые, с некротическими налетами. Пульс 108 в 1 мин., ритмичен. АД – 120/80 mm Hg. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧД – 18. Дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипов нет.

Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезнен.

Правая нога – в гипсе.

#### Лабораторные данные

Гем. – 136 г/л, эр. – 4,8х1012/л, тр. – 190х109/л, лейк. – 0,8х109/л, п. – 1, с. – 2, лимф. – 33, м. – 2 (сосчитано 38 клеток). СОЭ – 28 мм/час.

### Задача № 12

К.Л., 68 лет, пенсионерка.

**Жалобы**

Слабость, снижение работоспособности, увеличение лимфоузлов на шее, в подмышечной области.

**Анамнез заболевания**

Больная знает об увеличении шейных лимфоузлов (размером 1,5-2 см в диаметре) в течение 1-2 лет, к врачу не обращалась; за эти 2 года отмечала частые простудные заболевания. Слабость наросла в течение последних 3-4 мес.

**Объективно**

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые; склеры субиктеричные. Увеличенные периферические лимфоузлы: шейные лимфоузлы (3 – справа, 4 – слева) диаметром до 3 см, конгломераты подмышечных лимфоузлов с 2-х сторон диаметром до 5 см, паховые лимфоузлы с 2-х сторон до 2 см в диаметре. Пульс – 98 в мин, ритмичен, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/65 mm Hg. ЧД – 18, свободное. Дыхание везикулярное, проводится под всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Печень +1,5 см. край ровный, эластичен.

Селезенка выступает из-под реберной дуги на 5,0 см, эластичная, безболезненна при пальпации, отеков нет.

**Лабораторные данные**

Гем. – 84 г/л, эр. – 2,1х1012/л, рет. – 10%, цветной показатель – 0,9, тр. – 180х109/л, лейк. – 58х10 9/л, э. – 1, б. – 1, п. – 3, с. – 19, лимф. – 70, м. – 6. СОЭ – 28 мм/час.

Биохимический анализ

Общий белок – 68 г/л, билирубин – 58 мкм/л, прямой – 6,0 мкм/л, непрямой – 52 мкм/л, АЛТ – 19 Е/л., АСТ- 11 Е/л, щелочная фосфатаза – 93,8 Е/л.

Анализ мочи

Уд. вес – 1013, белок – нет, глюкоза – нет, уробилин +++.

**Задача № 13**

Ю.А., 36 лет, учительница

**Жалобы**

Резкая слабость, головокружение, кратковременные обморочные состояния, шум в ушах, резкое снижение работоспособности.

**Анамнез заболевания**

Ухудшение общего самочувствия в течение 4-6 месяцев, постепенно нарастала слабость, вялость, появились приступы головокружения. Около 2-х месяцев назад в нижних конечностях появилось ощущение “ползанья мурашек”. В течение этого же времени больная отмечает склонность к кровоизлияниям на коже после незначительных физических воздействий. К врачу не обращалась.

**Анамнез жизни**

Аутоиммунный тиреоидит.

#### Объективно

Общее состояние тяжелое, больная вялая, заторможена. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые бледные. Язык увеличен в размерах, малинового цвета, чистый, без налетов, сосчки сглажены, болезненный. Ангулярный хейлит. Пульс – 100 в 1 мин., ритмичен. Тоны сердца громкие. Систолический шум над верхушкой. ЧД – 18 в 1 мин., свободное. АД – 110/70 mm Hg. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненное. Периферических отеков нет.

**Лабораторные данные**

Гем. – 36 г/л, эр. – 1,2х1012/л, цветной показатель – 1,1; рет. – 0,5%, тр. - 48х109/л, лейк. –2,4х109/л, э. –1, б. – 1, п. – 3, с. – 35, лимф. – 50, м. – 10. СОЭ – 14 мм/час.

### Задача № 14

Т.А., 43 года, домохозяйка

**Жалобы**

Резкая слабость, снижение работоспособности, шум в ушах, головокружение, эпизоды потери сознания, желтушность кожных покровов.

**Анамнез заболевания**

2 недели назад внезапно повысилась температура тела до 38о, без признаков катаральных явлений. На 3-й день температура нормализовалась, но резко наросла слабость, больная с трудом обслуживала себя, тогда же заметила появление желтушности кожи и склер. Вызванный участковый врач госпитализировал больную по скорой помощи.

**Анамнез жизни**

В течение 15 лет страдает атопической бронхиальной астмой, кортикостероиды никогда не получала.

**Объективно**

Общее состояние тяжелое, больная вялая, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, без следов расчесов с лимонным оттенком. Склеры субиктеричны. Пульс – 100 в 1 мин., ритмичен. АД – 110/60 mm Hg. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧД – 18 в 1 мин. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край безболезненный, эластичный, ровный.

Селезенка выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненна при пальпации.

Моча темная. Стул оформлен, обычной окраски.

**Лабораторные данные**

Эр. – 1,2х1012/л, гем. – 30 г/л, тр. – 160х109/л, цветной показатель – 1,0, рет. – 20%, лейк. – 5,8х109/л, э. – 4, б. – 1, с. – 44, лимф. – 42, м. – 9. СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ

Общий билирубин – 58,0 мкмоль/л, прямой – 12 мкмоль/л, непрямой – 46 мкмоль/л, АЛТ – 18 Е/л, АСТ – 24 Е/л, щелочная фосфатаза – 86 Е/л.

Анализ мочи

Уробилин +++.

### Задача № 15

Л.И., 38 лет, служащая

#### Жалобы

Снижение работоспособности, ноющие боли в области сердца, сохраняющиеся в течение нескольких часов, ощущение нехватки воздуха при подъеме на 4-5 этажи, ноющие боли в мышцах ног, слабость.

**Анамнез заболевания**

Больная отмечает плохое самочувствие в течение последних 3-5 лет, резкого ухудшения состояния в настоящее время нет.

**Анамнез жизни**

Профессиональные вредности отрицает. В течение последних 2-х лет – хронический гастрит.

**Объективно**

Общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ногти – койлонихии. Пульс – 78 в 1 мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД – 120/75 mm Hg. Тоны сердца чистые, шумов нет. Патологическая пульсация на сосудах шеи и на левой половине грудной клетки не определяется. Границы относительной сердечной тупости – в пределах нормы. ЧД – 18 в 1 мин., свободное. Дыхание везикулярное, прослушивается над всеми легочными полями. Хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезнен в эпигастральной области; в остальных отделах – безболезнен.

Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Периферических отеков нет.

**Лабораторные данные**

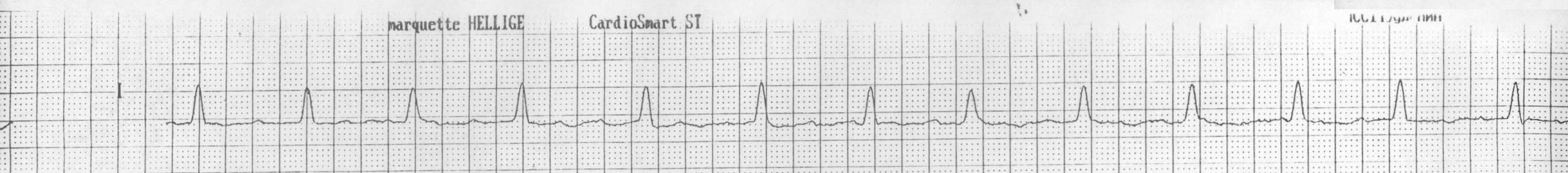
Гем. – 108 г/л, эр. – 3,4х1012/л, цветной показатель – 0,7, рет. – 1%, тр. – 200х109/л; лейк. – 4,8х109/л, э. – 2, б. – 1, п. – 4, с. – 50, лимф. – 37, м. – 6. СОЭ – 14 мм/час. Микроцитоз, анизо- и пойкилоцитоз.

**Задача № 16**

Больная 38 лет, инженер, обратилась к врачу с жалобами на повторные приступы сердцебиения, возникающие без всяких причин, без какой-либо связи с движением, волнениями, приемом пищи, сопровождающиеся стеснением в груди, нехваткой воздуха, дрожанием всего тела. Приступы купируются только в/в введением новокаинамида. После купирования одного из приступов сердцебиения была кратковременная потеря сознания. Вне приступа беспокоит слабость, быстрая утомляемость, головокружениие.

Больной считает себя в течение года. Началось все с недомогания, длительного субфебрилитета, артралгий, перебоев в работе сердца. Ставился диагноз миокардита, лечилась в стационаре. При выписке врачи рекомендовали принимать препараты белладонны, т.к. была постоянная наклонность к брадикардии - частота пульса была в пределах 50-55 в 1 минуту.

Три месяца назад возник первый приступ сердцебиения, затем он повторился через три недели, а в последнее время приступы бывают по 3-4 раза в неделю. **ЭКГ** картина во время приступа:



**Анамнез жизни:** В прошлом практически здорова, серьезных заболеваний не было, всегда была физически активна, ходила на лыжах, посещала бассейн.

Гинекологический анамнез без особенностей, роды 1 без осложнений.

**Объективно:** В момент осмотра состояние больной удовлетворительное. Пульс 48 в 1 минуту, неритмичный (5-7 выпадений, или пауз, в 1 минуту). АД 130/70 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости в 5 межреберьи по среднеключичной линии. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отеков нет.

**На ЭКГ сразу после осмотра больной**:



### Задача № 17

Больная К., 19 лет, студентка.

Поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, повышенную утомляемость, усиливающиеся при малейшей физической нагрузке, “перебои” в работе сердца.

**Анамнез заболевания:** в детстве перенесла хорею, росла слабым ребенком, часто болела простудными заболеваниями. В 11 лет ей впервые сказали о пороке сердца (каком - сказать затрудняется). На диспансерном учете не состояла. Два года назад на фоне простудного заболевания отмечала боли и припухание коленных и лучезапястных суставов, тогда длительно держалась субфебрильная температура, беспокоила слабость, усилилась одышка, появились колющие боли в сердце и перебои в его работе. Лечилась в стационаре, в участковой больнице. Врачи снова выслушивали “какие-то шумы в сердце”.

Ухудшение самочувствия - нарастание слабости, невозможность выполнения даже небольшой нагрузки - отмечает последние три месяца. Госпитализирована в клинику факультетской терапии.

**Объективно:** при осмотре обращает на себя внимание цианотичный румянец на щеках, серовато-пепельный оттенок цвета кожи лица, более отчетливый при вставании больной, движении. Пульс 92 в минуту, неритмичный (нечастые экстрасистолы), симметричный, слабого наполнения. АД 110/75 мм рт. ст. Отчетливая эпигастральная пульсация, сердечный толчок. Границы относительной сердечной тупости в III межреберье слева: l.parasternalis sinistra + 1 см и в III - IV межреберьях справа: l.sternalis dextra + 2 см. При выслушивании сердца - трехчленный ритм, хлопающий I тон, митральный щелчок, акцент и расщепление II тона на легочной артерии, пресистолический шум на верхушке и в точке Боткина. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

### Задача № 18

Больная З., 43 лет, инвалид II группы.

Жалуется на одышку при небольшой физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, отеки на ногах.

**Анамнез заболевания:** прежде состояла на диспансерном учете по поводу ревматизма, порока сердца. Три года назад возникли нарушения ритма, самочувствие ухудшилось, появились вышеназванные жалобы; со временем становится все хуже, нарастает одышка, труднее справляться с отеками.

**При объективном исследовании** обнаружено: акроцианоз, facies mitralis, набухшие, пульсирующие шейные вены, выраженная эпигастральная пульсация.

Пульс 96/82 в минуту, аритмичный, разного наполнения, не напряжен. АД 115/65 мм рт. ст. Определяется сердечный толчок. Границы относительной сердечной тупости расширены слева в III и V межреберьях, справа - в III и IV. Первый тон громкий, выслушивается митральный щелчок, акцент II тона на легочной артерии, мезодиастолический шум; у основания мечевидного отростка справа - грубый систолический шум, усиливающийся при задержке дыхания на высоте вдоха.

Дыхание в легких жестковатое, небольшое количество влажных хрипов в нижних отделах. Живот умеренно увеличен. Печень плотная, выступает из-под реберного края на 7 см, пульсирует. Отеки до верхней трети голеней.

### Задача № 19

Больная Ф. 32 лет, продавщица

**Жалобы и анамнез заболевания:** Поступила в кардиологическое отделение на обследование по поводу частых приступов сердцебиения.

Впервые приступы сердцебиения появились 15 лет назад, возникают чаще при волнении, сопровождаются обычно ощущением пульсации в шее и голове, слабостью, обильным мочеотделением в конце или после приступа.

Сердцебиение обычно продолжалось несколько минут и купировалось самостоятельно. Последние 2 приступа были более длительными. Очередной приступ возник в стационаре и длится уже около 30 минут, сопровождается слабостью и потливостью.

**Анамнез жизни:** Другие заболевания отрицает. Наследственность не отягощена.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс слабого наполнения, трудно сосчитать. Число сокращений сердца 160 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичые. АД 110/60 мм рт ст. В легких хрипов нет. Печень не увеличена.

**Снята ЭКГ:**



**Задача № 20**

К больной 71 года вызван врач "Скорой помощи".

**Жалобы** на одышку и сердцебиение в течение15 минут.

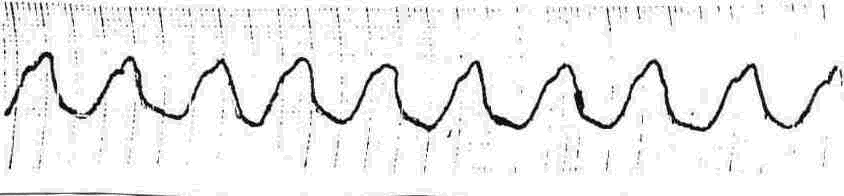
**Анамнез заболевания:**

Перенесла инфаркт миокарда в 1990 и 2000 г.

Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт ст. При небольшой нагрузке бывают загрудинные боли, которые снимаются нитроглицерином. Отмечает отеки голеней больше к вечеру. Принимает адельфан, фуросемид, дигоксин.

**Объективно**: Состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД 110/60 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости слева в 5 межреберьи: l.medioclavicularis sin. + 2 см. I тон ослаблен. Акцент II тона на легочной артерии. Систолический шум на аорте проводится на сосуды шеи. Частота дыхания 26 в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже реберной дуги. Отеки голеней.

**На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной:**



### Задача № 21

К больному А., 46 лет, руководителю отдела, вызван врач "Скорой помощи"

**Жалобы** на сжатие за грудиной в течение часа с иррадиацией в шею и спину, нехватку воздуха, холодный пот.

**Анамнез заболевания:** В течении 2-х лет ощущал дискомфорт за грудиной при ходьбе по утрам, когда спешил на работу. К врачам не обращался, иногда пользовался валидолом.

В течение последней недели напряженно работал, были неприятности, даже днем ощущал "давление" за грудиной при подъеме по лестнице. Принимал корвалол. Сегодня ночью многократно появлялись ощущения сжатия за грудиной с кратковременными перерывами, затем боль стала постоянной, в связи с чем и был вызван врач "Скорой помощи"

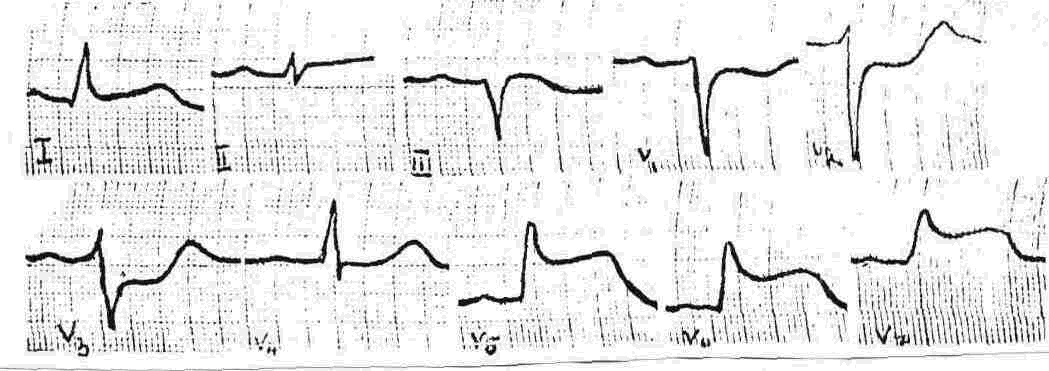
**Анамнез жизни:**

В детстве перенес скарлатину, корь. Отец умер внезапно в возрасте 50 лет. Мать жива, знает о повышении АД.

Больной много курит, алкоголь не употребляет.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Питание повышено. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 106 в 1 минуту, ритмичный, малого наполнения. АД 100/60 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости: в 5 межреберьи слева на 1,5 см кнаружи от срединноключичной линии. I тон ослаблен, 3-х членный ритм. ЧД-28 в 1 минуту. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги.

**ЭКГ имеет следующий вид:**



### Задача № 22

**Жалобы и анамнез заболевания:**

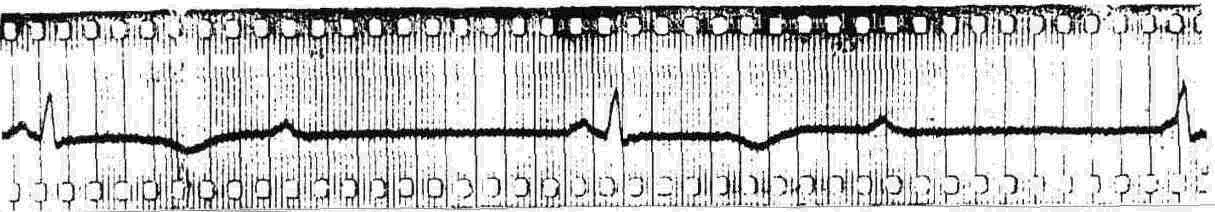
Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, одышку при ходьбе, отеки на ногах, повторные приступы потери сознания.

Перечисленные жалобы появились постепенно 3 месяца назад. Участковый врач объяснил недомогание "возрастом", не обследовал больную, терапии не назначил. Самочувствие ухудшалось, перестала выходить из дома. Неделю назад внезапно стало "плохо", потеряла сознание. Очнулась на полу. Сколько времени длилось это состояние - не знает, дома никого не было. Подобные приступы повторились еще два раза. Вновь обратилась к участковому врачу и с диагнозом "Хроническая церебро-васкулярная недостаточность" госпитализирована.

В прошлом - практически здоровый человек. Ничем серьезным не болела, до последнего времени была активна и бодра.

**Объективно:** состояние средней тяжести, бледна, акроцианоз, пульсация шейных сосудов. Пульс 39 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 170/80 мм рт ст. Границы относительной сердечной тупости умеренно расширены влево, тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое, печень на 2 см выступет из-под реберной дуги, чувствительная при пальпации. Отеки нижней трети голеней.

**ЭКГ:**



### Задача № 23

Больная В.П., 33-летнего возраста, работает в библиотеке.

**Жалобы:** на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение, субфебрильную температуру.

**Анамнез заболевания:** В 20-летнем возрасте перенесла ревматизм с формированием комбинированного аортального порока сердца с преобладанием стеноза. В течение последующих десяти лет наблюдалась у ревматолога и регулярно получала профилактику ревматизма. В последние три года состояние сохранялось относительно удовлетворительное, больная отмечала плохую переносимость физических нагрузок, головокружение, сердцебиение, боли в левой половине грудной клетки. После удаления зуба, произведенного три недели назад, почувствовала субфебрильную температуру и познабливание, дважды наблюдала подъем температуры до 38,5С с ознобом, в связи с чем принимала аспирин. Постепенно наросла слабость, усилилось сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Накануне больная отметила кратковременный эпизод потери сознания в связи с чем была госпитализирована .

**Объективно:** При осмотре больная пониженного питания, кожа и слизистые бледные, на переднебоковой поверхности грудной клетки и шеи определяется петехиальная сыпь. PS-110 в1 мин., ритмичный, АД=130/50 мм Hg. Тоны сердца: Iтон приглушен, II тон ослаблен на аорте. Справа во втором межреберье выслушивается систолический шум с проведением на сосуды шеи; по левому краю грудины в III-IV-ом межреберье слышен нежный диастолический шум. ЧДД-20 в 1 мин., дыхание жесткое, в нижних отделах легких определяются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги по lin. мedioclavicularis пальпируется нижний полюс селезенки. Периферических отеков нет.

**Лабораторные данные:**

Анализ крови: Анализ мочи:

Эритроциты 2,9х1012/ л цвет соломенно-желтый

Гемоглобин 100 г/л реакция кислая

Цветной показатель 0,89 удельный вес 1026

Лейкоциты 11,8х109/ л белок 0,231 г/л

П 12% сахар нет

Н 80% эритроциты 5-7 в п/зр.

Лимфоциты 2% лейкоциты 1 -3 в п/зр.

М 6% цилиндры 4-5 в п/зр.

Tр. 140х109/ л эпителий 1-4 в п/зр.

СОЭ 46 мм в час

### Задача № 24

Больная П-ва Г.И., 22 лет, студентка, жалуется на слабость, повышение температуры тела до 37,2-37,60 С, постоянные ноющие боли в прекардиальной области, одышку при повседневных физических нагрузках, периодически возникающие ощущения “перебоев” в работе сердца, сопровождающиеся головокружением.

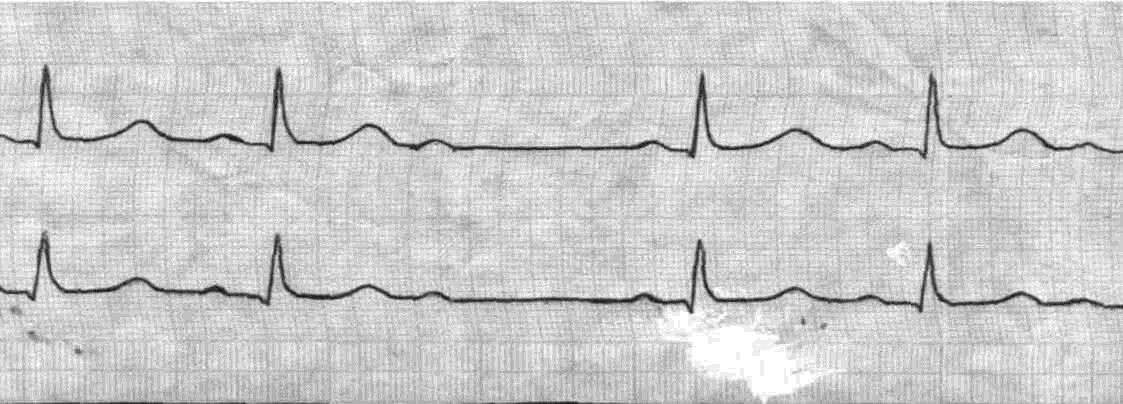
Считает себя больной в течение двух недель, когда после переохлаждения появилась небольшая слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, субфебрильная температура. Симптомы заболевания были выражены умеренно, поэтому к врачу не обращалась, продолжала посещать занятия в институте, лечилась “домашними” средствами. Через несколько дней самочувствие улучшилось, однако вчера появились жалобы на ощущение перебоев в работе сердца и головокружение, послужившие поводом для вызова врача неотложной помощи.

Ранее ничем, кроме редких острых респираторных вирусных инфекций не болела, физические нагрузки переносила хорошо.

Родители здоровы.

**Объективно:** состояние средней тяжести, небольшой цианоз губ. Пульс аритмичный 68 в минуту. АД - 100/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в 5 межреберьи слева: на 1 см кнаружи от l. mediaclavicularis sin. Тоны сердца глухие, выслушивается III тон (ритм галопа), определяется мягкий дующий систолический шум на верхушке сердца и шум трения перикарда в области абсолютной сердечной тупости. Частота дыханий - 22 в минуту. Перкуторно над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет.

**Зарегистрирована ЭКГ.**



### Задача № 25

Больной К. 52 лет, инженер-нефтяник, доставлен с работы после короткого эпизода потери сознания. **Жалобы** на сильное сердцебиение, одышку, ощущение сжатия за грудиной при ходьбе, склонность к головокружению при быстром вставании с кровати и физических усилиях.

**Анамнез заболевания:** загрудинный дискомфорт - сжатие, давление, возникающий при быстрой ходьбе, впервые появились 2 года назад во время длительной командировки в Алжире. К врачам не обращался, но по совету друзей приобрел таблетки нитроглицерина. Пробовал принять лекарство, если отдых быстро не приносил облегчения. Однако, от нитроглицерина часто становилось еще хуже, появлялась слабость, холодный пот и пришлось от него отказаться.

После возвращения загрудинный дискомфорт не беспокоил (ездил на автомашине), но при физической работе на даче чувствовал одышку, которую объяснил “растренированностью”. Через месяц одышка усилилась, появился кашель, особенно по ночам. По утрам при вставании немного кружилась голова, но это неприятное ощущение быстро проходило. Сегодня на работе после быстрого подъема на IV этаж (не работал лифт) появилось очень сильное сердцебиение и больной потерял сознание, но быстро пришел в себя. Госпитализирован экстренно специализированной кардиологической машиной скорой помощи.

**Анамнез жизни:** в детстве развивался нормально, хорошо учился, занимался велоспортом. Считал себя здоровым и полной неожиданностью было освобождение от армейского призыва из-за “шума в сердце”. Ни в институте, ни при последующих редких врачебных осмотрах о болезни сердца никто не говорил. Работал в НИИ, 4 года провел в Алжире, где нагрузка была большой. Курил много. Алкоголь употреблял умеренно. Наследственность не отягощена. Бытовые условия хорошие. Женат. Жена и 20-летний сын здоровы.

**Объективно:** состояние средней тяжести, лежит с высоко приподнятым изголовьем. Отеков нет, легкий цианоз губ. АД - 110/70 мм рт ст, пульс - 96/70 мерцательная аритмия. Патологической пульсации шейных сосудов нет. При осмотре области сердца виден приподымающий верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см левее от срединноключичной линии. При пальпации систолическое дрожание и во II межреберье справа, которое более четко ощущается при наклоне больного вперед. Границы относительной сердечной тупости слева в III межреберье + 2 см от левой парастернальной линии, в V – по срединоключичной линии, в VI - на 2 см кнаружи от срединоключичной линии.

При аускультации: ослабление I и II тонов сердца, интенсивный скребущий, близкий к “гулу”, систолический шум изгнания с максимумом в III-IV межреберьях. Шум проводится к верхушке сердца, вверх во II межреберье справа и на сосуды шеи. Грудная клетка правильной формы, отставания при дыхании нет. Над легкими перкутороный звук ясный, легочный. Число дыханий 20 в минуту. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон небольшое количество мелких влажных хрипов. Границы печени: относительная печеночная тупость в V межреберье, абсолютная - в VI межреберье, край печени не прощупывается. Селезенка с IX по XI ребро. Живот мягкий, безболезненный.

**Лабораторные данные:**

Анализ крови: Гем.-142 г/л, Эр.-4,9х1012, Лейк.-6,4х109 э-1, п-3, с-64, лимф.-32, СОЭ-10 мм/ч

Анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес -1024, эритроцитов - нет, лейкоциты-0-3 в п. зр., соли - ураты в небольшом количестве.

### Задача № 26

Больная 32 лет жалуется на одышку и боли за грудиной при физической и эмоциональной нагрузке, а также приступы головокружения и кратковременной потери сознания, возникающие без видимой причины. Названные симптомы нарастают на протяжении 5 лет. В прошлом перенесла детские инфекции, часто болела ангинами вплоть до тонзиллэктомии в 15-летнем возрасте. В возрасте 20 лет выносила беременность и родила здорового ребенка. Отец больной и дядя умерли внезапно в связи с “сердечным приступом” в молодом возрасте.

**При физикальном обследовании** обнаруживается грубый систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. Пульс 72 в 1 мин., симметричный, ритмичный, АД 120/80 мм рт.ст. Нет каких-либо других объективных особенностей.

**Эхокардиография:**

Конечнодиастолический размер ЛЖ - 42 мм

Передне-задний размер лев.предсердия - 44 мм

Толщина задней стенки ЛЖ - 10 мм

Толщина межжелудочковой перегородки - 27 мм

Фракция выброса ЛЖ (по Simpson) - 68 %

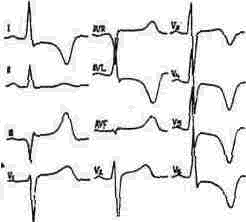
Межжелудочковая перегородка гипокинетична.

Клапаны:

Аортальный – створки не изменены, в выходном тракте ЛЖ градиент давления – 49 мм рт ст., регургитации не определяется.

Митральный – створки не изменены, регистрируется передне-систолическое движение передней створки, лоцируется митральная регургитация 1 степени.

**ЭКГ имеет следующий вид:**



### Задача № 27

Больной 59 лет поступил с жалобами на сильную одышку в покое, сердцебиение, слабость, потерю аппетита.

Ухудшение самочувствия, снижение работоспособности, утомляемость отмечает в течение последних 2 месяцев. Эти явления объяснял увеличением рабочей нагрузки в предыдущее время и к врачам не обращался. Неделю назад заметил сердцебиение, одышку и небольшие боли в левой прекардиальной области двоякого характера: длительная давящая боль, которая отдавала вверх в область плеча и шеи и более острую, но быстро исчезающую боль при глубоком дыхании и кашле. За последние 3 дня боли почти прекратились, но стало трудно дышать, по утрам появились отеки на лице, которые в течение дня “перемещались” и к вечеру отекали ноги. Впервые вчера вызвал врача на дом и был госпитализирован.

**Анамнез жизни:** с детства не имел проблем со здоровьем. Закончил ЛЭТИ, работал на заводе “Светлана”, профвредностей не было. Питался дома. Алкоголем не злоупотреблял. Наследственность не отягощена. Жена и двое взрослых дочерей здоровы.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. В сознании. Нормостеник. несколько пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноваты, влажные, лицо одутловатое, пастозность стоп. Над ключицей слева увеличенный лимфатический узел, величиной с лесной орех, малоподвижный, но с кожей не спаянный.

Пульс 82 в минуту, слабого наполнения, аритмичный. частота сокращений сердца 110 в минуту, момент выпадения пульса отчетливо совпадает с вдохом.

АД - от 100/60 мм рт ст, до 85/60 мм рт ст. При осмотре области сердца патологических изменений нет. Справа границы относительной сердечной тупости в III и IV межреберьях по парстернальной линии. Границы относительной сердечной тупости слева: во II межребеоьи – 2 см кнаружи от срединноключичной линии, в III межреберьи – 3 см кнаружи от срединноключичной линии в V межреберьи – на 4 см кнаружи от срединноключичной линии.

Верхушечный толчок ослаблен и прощупывается в V межреберьи на 3 см кнутри от сердечной тупости. Тоны сердца глухие. Шумы не выслушиваются.

Число дыханий 24 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное.

Верхняя граница относительной печеночной тупости в V м/р, край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, чувствительный при пальпации.

**Лабораторные данные:**

Анализ крови: Гем.- 126 г/л, эр 3,5х1012, лейк.- 9,2х109, п.-6, с.-68, лимф.- 19, м. - 5, СОЭ- 42 мм в час.

Анализ мочи: прозрачная, желтая, удельный вес-1021, белок - следы, осадок: лейкоциты- 0 - 2 в п. зр., кристаллы триппельфосфата.

**Задача № 28**

Больная Б-а Т.И. 56 лет, пенсионерка, жалуется на частые головные боли в теменной и затылочной областях, отечность век, кистей рук по утрам, обычно после приема соленой пищи, частые гипертонические кризы.

Впервые повышение АД зарегистрировано в 40-летнем возрасте. АД тогда колебалось от 150/90 до 160/100 мм рт ст. Лечилась клофелином с хорошим эффектом, АД снижалось до 130/80 мм рт ст. Однако лекарства принимала нерегулярно. В последние 5-6 лет самочувствие ухудшилось, АД повысилось до 180/105 мм рт ст., часто появляются гипертонические кризы, при этом отмечается внезапное повышение АД до 230/120 мм рт ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, головокружением, сонливостью, отечностью лица. Возникновение кризов часто связано с резкой переменой погоды или употреблением соленой пищи. Гипертонические кризы обычно купируются введением лазикса и сернокислой магнезии, однако после купирования криза наблюдается выраженная слабость, сердцебиение и перебои в работе сердца, а также ощущение ”ползания мурашек”, онемения в руках и ногах. В течение последнего года принимает коринфар ретард с неполным эффектом - АД колеблется от 160/100 мм рт. ст. до 180/105 мм рт. ст.

Родители болели гипертонической болезнью. Мать умерла от инсульта, отец - от инфаркта миокарда.

Больная до 55 лет работала участковым терапевтом, последний год - пенсионерка.

Менопауза с 50 лет. С этого времени прибавила в весе 13 кг.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, избыточного питания с преимущественным отложением подкожной жировой клетчатки на животе и туловище. Рост - 162 см, вес - 80 кг. Небольшая отечность век. Пульс 82 в мин., напряжен, с редкими экстрасистолами. АД на обеих руках при первом измерении 195/110 мм рт ст., при повторном измерении через 3 мин. - 190/106 мм рт ст. Граница относительной сердечной тупости в V межреберье - на 1 см кнаружи от l. medioclavicularis sin. Прощупывается усиленный верхушечный толчок. Акцент II тона на аорте, шумов нет. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

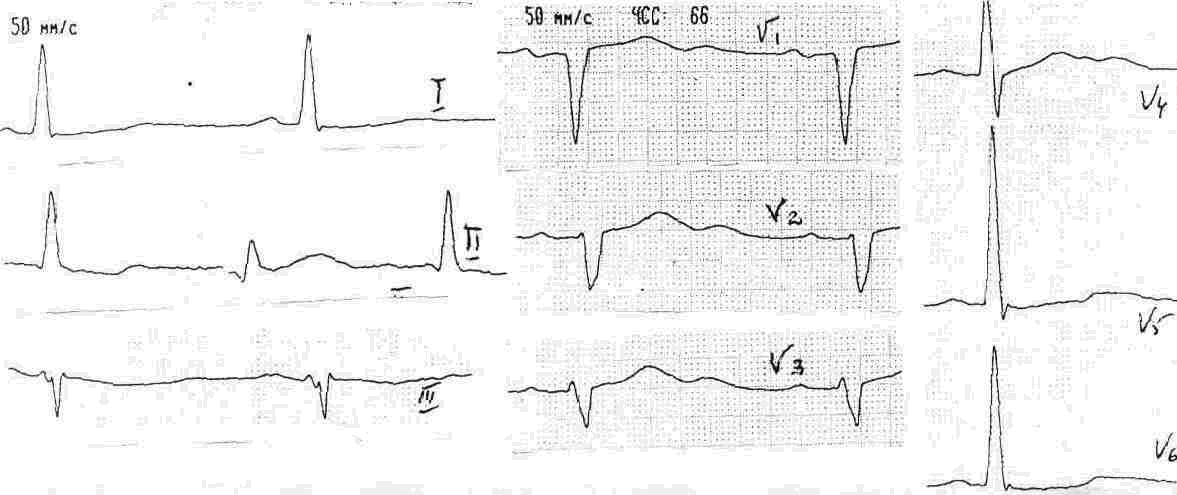
**Лабораторные данные:**

калий плазмы 3,6 ммоль/л, натрий плазмы 140 ммоль/л, холестерин 6,5 ммоль/л, коэффициент атерогенности 4,5; креатинин сыворотки крови 0,11 ммоль/л.

Общий анализ мочи без изменений.

Глазное дно: Артерии сужены, венулы расширены. Сосок зрительного нерва не изменен.

ЭКГ имеет следующий вид:



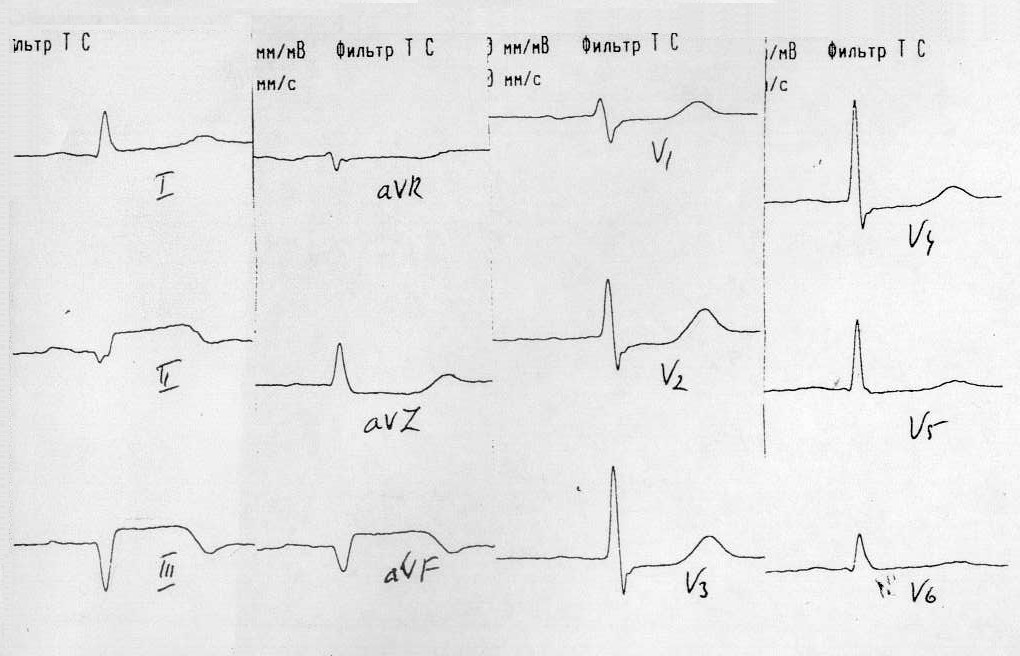
**Задача № 29**

Больной В., 56 лет, по специальности – слесарь-сборщик, обратился к врачу медсанчасти по месту работы с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую половину шеи, возникающие при минимальной физической нагрузке (практически не может выполнять обычную работу у станка). Боли сопровождаются появлением холодного пота, возникает чувство страха. Подобные боли, но мене интенсивные и без иррадиации в шею, появились пять дней тому назад утром при ходьбе на работу; боли проходили при остановке. По этому поводу к врачу не обращался. Сегодня утром, когда шел на работу, боли возникли повторно при медленной ходьбе на расстояние 50 метров; они были более интенсивные, и впервые появилась иррадиация в шею и левую руку.

В анамнезе у больного имеется артериальная гипертензия, выявлена три года назад при профилактическом осмотре. По этому поводу не обследовался и не лечился. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 68 лет от инфаркта миокарда. Курит в течение 25 лет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Избыточного питания – вес 90 кг при росте 170 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Пульс ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения, напряжен, число сердечных сокращений 84 в мин. АД = 170/105 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона на аорте. В легких – жесткое дыхание, выдох удлинен, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Пульсация артерий стоп ослаблена.

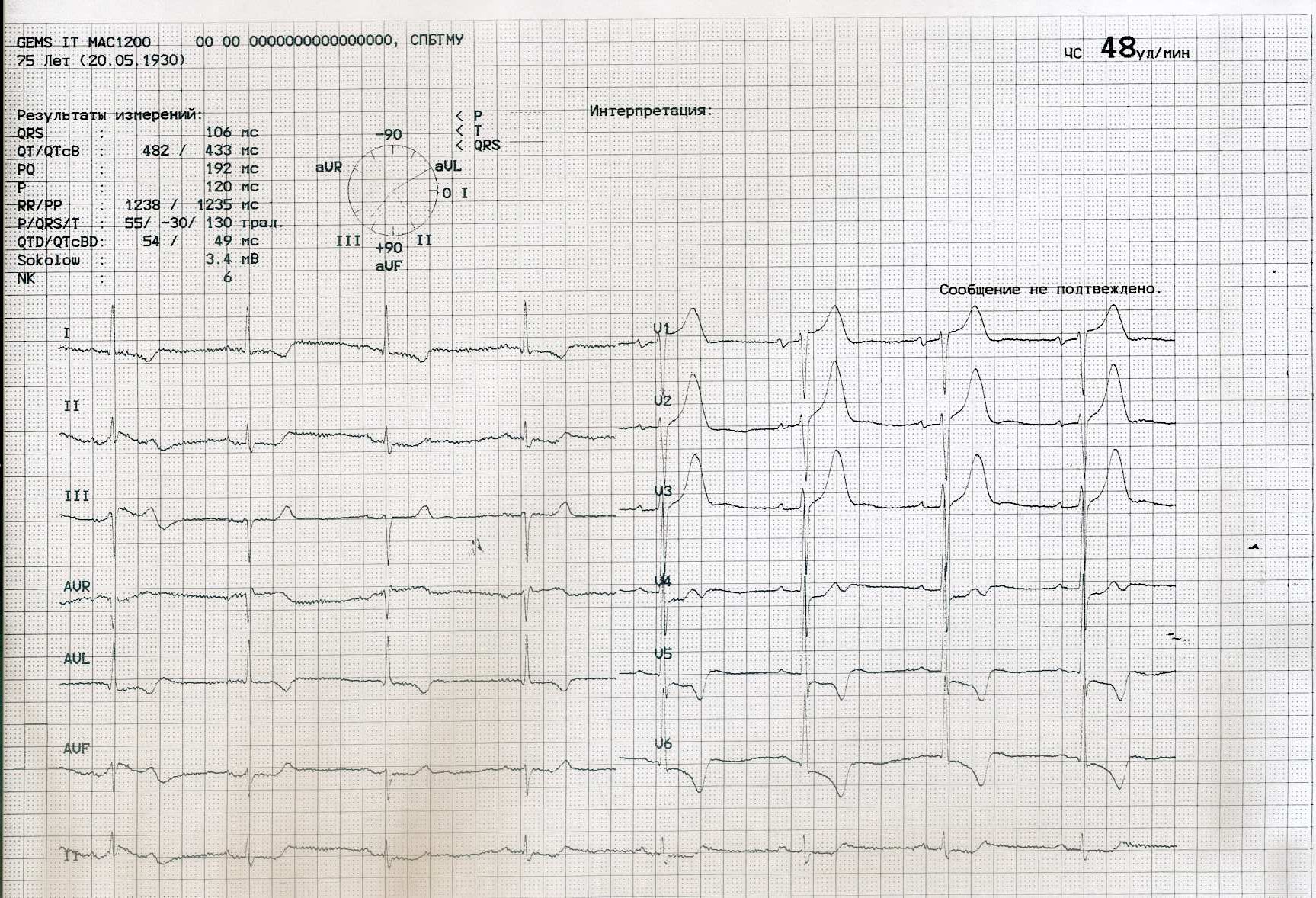
В момент осмотра развился очередной приступ болей за грудиной. Врач срочно снял ЭКГ на высоте болей.



**Задача № 30**

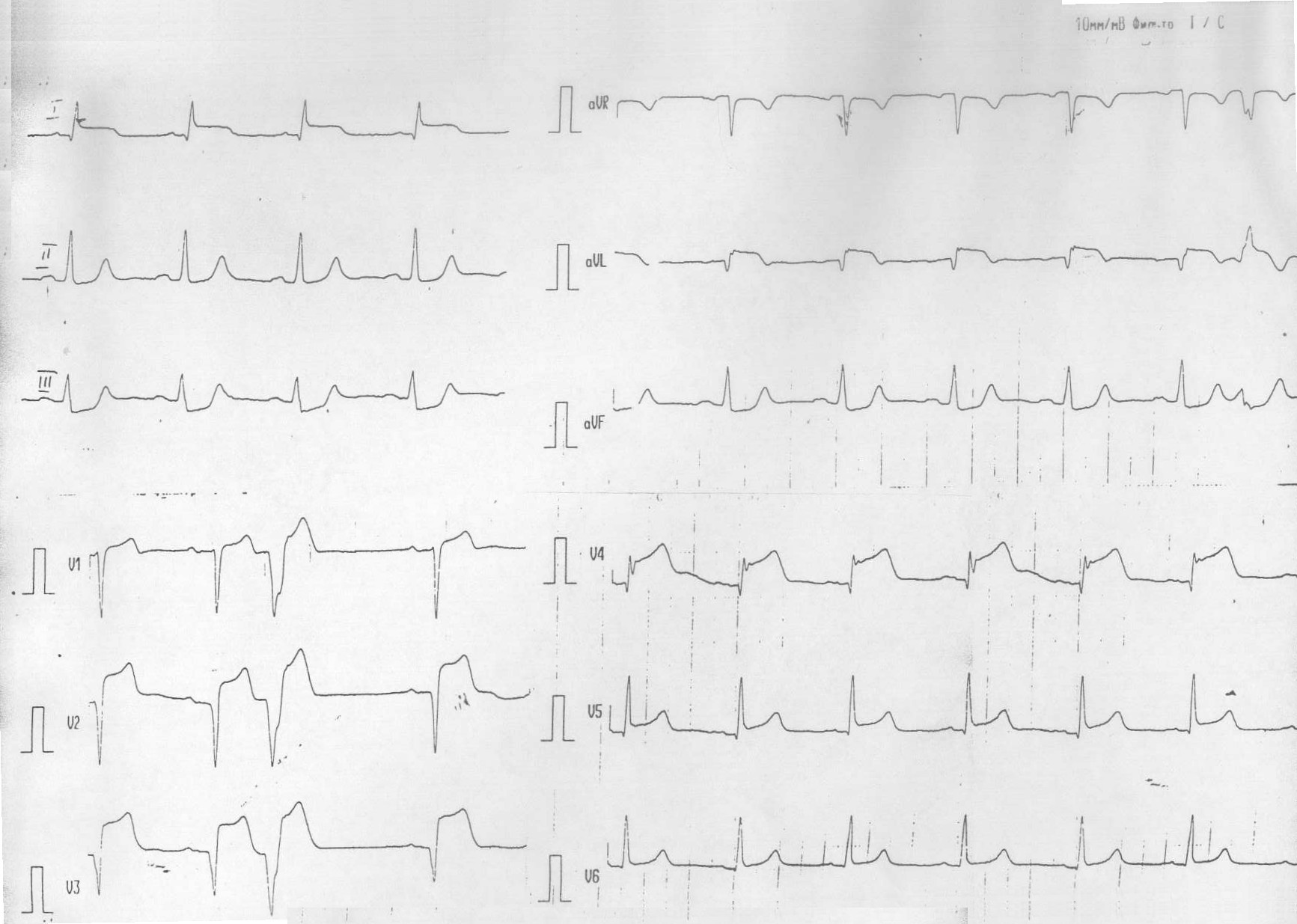
Больного В., 52 лет, по специальности инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3-П этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое пли после приема нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к терапевту в поликлинику. При съемке ЭКГ патологических изменений выявлено не было. Участковый врач рекомендовал прием длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к участковому врачу на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения.

**Задача № 31**

Больная Ш. 78 лет поступила в терапевтическую клинику 7.08.00 в связи с резкой слабостью, внезапно возникшей одышкой инспираторного характера, сопровождающейся кашлем с обильной розоватой мокротой.

**Из анамнеза заболевания** известно, что 5.08.00 у нее во время уборки квартиры впервые в жизни появились сильные давящие боли за грудиной, длившиеся около 1 часа и сопровождающиеся резкой слабостью. Боли были купированы после приема нитроголицерина и аналгетиков. Далее в течени6е двух дней беспокоила слабость, перебои в работе сердца, небольшой озноб и субфебрильная температура. Практически все время лажала в кровати. 7.08.00 утром расширила режим и во время уборки комнаты почувствовала внезапную одышку, сопровождающуюся кашлем. Изменение положения тела не принесло облегчения, чувство нехватки воздуха нарастало, и больная вызвала врача. Врач «Скорой помощи» ввел в/в какие-то препараты и госпитализировал больную в стационар.

При **поступлении:** состояние больной тяжелое, положение вынужденное – сидит, фиксировав руками плечевой пояс. ЧД – 32 в 1 мин. На расстоянии слышны влажные, «клокочущие» хрипы. Акроцианоз. Пульс 120 в 1 мин., ритмичный. АД = 110/70 мм рт.ст. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в V межреберьи слева + 2 см кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, справа в IV межреберьи – l.parasternalis dextra. I тон сердца на верхушке глухой, акцент II тона на легочной артерии, выслушивается интенсивный пансистолический шум регургитации с максимумом над верхушкой, проводится в подмышечную область. В легких дыхание жесткое, множество влажных застойных хрипов, выслушиваемых до 3-го ребра с обеих сторон. Край печени выступает на 1 см ниже кркая реберной дуги по l.medioclavicularis dex. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. На снятой ЭКГ:

**Задача № 32**

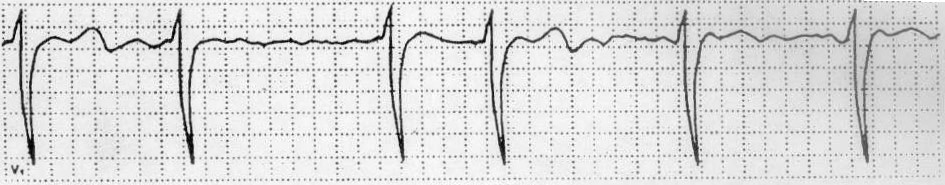
Больная 75 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке и в положении лежа, слабость, сердцебиение, появление отеков на стопах и голенях к вечеру.

Из анамнеза известно, что в течение многих лет знает о повышении АД до 180/110 мм рт.ст; антигипертензивную терапию регулярно не получала, у врача не наблюдалась. Вышеописанные жалобы появились 2 месяца назад, нарастали по степени выраженности. Другие заболевания отрицает.

**Объективно:** состояние средней тяжести, акроцианоз, одышка при перемене положения тела, при разговоре. Частота сердечных сокращений - 120 в минуту, частота пульса - 102 в минуту, пульс аритмичный, пульсовые волны разного наполнения. АД = 160/100 мм рт.ст. Границы сердца умеренно расширены влево в 4-5 межреберных промежутках. Тоны сердца аритмичные, I тон ослаблен, трехчленный ритм, выслушивается систолический убывающий шум в точке Боткина, на верхушке, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на аорте. Ортопноэ, ЧД - 26 в минуту. Перкуссия легких без особенностей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы (больше справа - до уровня угла лопатки). Печень выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, край ее округлый, мягкий. Умеренные отеки стоп и голеней.

На рентгенограмме органов грудной клетки определяется увеличение тени сердца влево, признаки венозного застоя, интерстициального отека (более выраженные справа), небольшое количество жидкости в синусах.

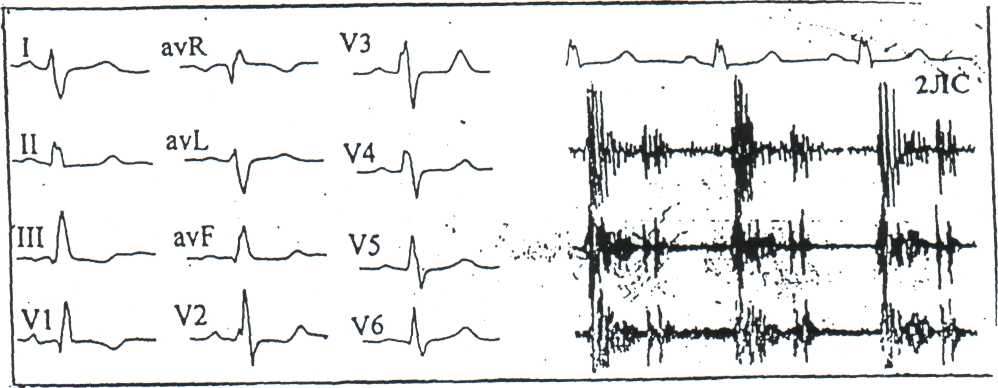
ЭКГ имеет следующий вид:

**Задача № 33**

Пациентка 27 лет, ранее считавшая себя практически здоровой обратилась на прием к врачу в связи с появившейся одышкой при выполнении значительной, а потом обычной физической нагрузки.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожа чистая, цианоза, одышки в покое нет. Пульс 68 ударов в минуту. 2 экстрасистолы за 1 минуту. Тоны сердца сохранены I тон громче II на верхушке, выслушивается систолический шум во втором межреберье слева (точка 2 ЛС), а также отмечается фиксированное расщепление II тона, не связанное с дыханием. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости в пределах нормы.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги по 1. mediоiclavicularis dextra. Периферических отеков нет.



**Задача № 34**

**Больной Н., 45 лет, инженер.**

**Жалобы на выраженную слабость, нарастающую адинамию, тошноту, рвоту, понос, судороги, сухость во рту, боли ноющего характера по всему животу.**

**Анамнез заболевания:** Много лет болел туберкулезом легких, снят с учета 2 года назад. В течение последнего года состояние больного ухудшилось: появились повышенная утомляемость, прогрессирующая слабость, исчез аппетит, стал худеть, периодически беспокоили головные боли, тошнота, диарея. Родственники обратили внимание на потемнение кожных покровов у больного. Участковый врач фиксировал понижение артериального давления. Значительное ухудшение самочувствия после трех дней высокой температуры, головной боли, кашля, насморка, когда к этим явлениям присоединились тошнота, рвота, боль в животе, появились судороги, что и послужило поводом для госпитализации в стационар.

**Объективно:** больной пониженного питания, состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы серовато-коричневого цвета, цианоз губ. Петехии на коже живота. Редкие волосы в подмышечных впадинах. Язык сухой, красный, посередине обложен толстым, желтоватым налетом. Болезненность при поколачивании в области правого реберно-позвоночного угла. Пальпируются слегка увеличенные, болезненные лимфоузлы – шейные, подмышечные, паховые. PS-98 уд в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 85/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Дыхание жесткое. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области

**Лабораторные данные:**

Гематокрит 42%, сахар крови – 3,6 ммоль/л, Калий сыворотки крови – 6,3 ммоль/л, натрий сыворотки крови – 100 ммоль/л.

Уровень кортизола в крови 40 нмоль/л.

### Задача № 35

Больная Т., 62 года, пенсионерка

Доставлена в клинику машиной “скорой помощи” в бессознательном состоянии.

**Из анамнеза** известно, что болеет сахарным диабетом 10 лет. Получает утром 60 ЕД инсулина (20 ЕД актрапида и 40 ЕД протофана). Состояние больной ухудшилось остро в 15 часов. Со слов дочери, появились резкая общая слабость, потливость, невнятная речь. Дочь дала выпить сладкий чай в 16 часов, но состояние не улучшилось. В 19 часов дочь обнаружила мать без сознания. Бригада “скорой помощи” ввела больной 20 ЕД инсулина короткого действия и доставила ее в эндокринологическое отделение.

**При осмотре:** общее состояние тяжелое, больная без сознания, анизокория. Тонус глазных яблок не снижен. Язык влажный. Кожные покровы влажные. Выраженные судороги конечностей, мимических мышц лица. PS 96 уд в минуту, АД 190/100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание непроизвольное.

Гликемия – 2,2 ммоль/л, сахара в моче нет.

**Задача № 36**

Студентка А., 22 лет доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на тошноту, повторную рвоту, боли в животе.

**Из анамнеза:** в течение 2 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает терапию инсулином: актрапид: 8.00 – 8 ЕД., 19.00 – 6 ЕД.

протофан: 8.00 – 18 ЕД., 19.00 – 22 ЕД.

Три дня назад заболела ангиной, начата терапия антибиотиками. В связи с ухудшением аппетита самостоятельно снизила дозу инсулина на 50%. Глюкозу крови не контролировала. В течение 2 дней нарастала жажда, появилась полиурия, в день госпитализации – повторная рвота и боли в животе.

**При осмотре:** состояние средней тяжести, сознание сохранено. Кожа сухая, тургор снижен. Язык обложен белым налетом, зев гиперемирован, миндалины отечны, гной в лакунах. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Пульс – 106 уд. в мин., ритмичный.

АД – 100/60 мм рт.ст.

Живот безболезненный при пальпации, кишечные шумы не выслушиваются, имеются симптомы раздражения брюшины.

**Лабораторные данные**:

Лейкоциты – 14х106/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; глюкоза 27,8 ммоль/л; гематокрит – 56%.

Предположительный диагноз хирурга: острая кишечная непроходимость у больной сахарным диабетом.

**Перечень вопросов к составлению экзаменационных билетов, выносимых на итоговую аттестацию**

**Внутренние болезни (с введением в специальность, лабораторной и функциональной диагностикой, геронтологией)**

1. Острый коронарный синдром: определение, классификация, диагностика, тактика лечения больных с острым коронарным синдромом.
2. ИБС: стенокардия, классификация, факторы риска, клиника, диагностические методы исследования больных стенокардией.
3. Атипичные формы стенокардии. Дифференциальная диагностика стенокардий.
4. Лечение стенокардии: купирование ангинозного приступа, лечение хронических форм ИБС.
5. Инфаркт миокарда: определение, эпидемиология, факторы риска, классификация.
6. Ангинозная форма инфаркта миокарда, клиника затяжного, рецидивирующего, повторного инфаркта миокарда.
7. Атипичные формы инфаркта миокарда, клиника, диагностика.
8. Инфаркт миокарда без зубца Q. Особенности инфаркта миокарда у лиц молодого возраста.
9. Электрокардиографическая и лабораторная диагностика инфаркта миокарда.
10. Лечение неосложненного инфаркта миокарда, методы инвазивной терапии ОИМ.
11. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Постстационарная реабилитация больных с инфарктом миокарда: психологическая, физическая реабилитация, экспертиза трудоспособности, медикаментозная вторичная профилактика.
13. Внезапная сердечная смерть, этиология, факторы риска, диагностика, профилактика.
14. Острая сердечная недостаточность. Этиология, клиника, патогенез, диагностика, интенсивная терапия.
15. Дифференциальная диагностика кардиалгий.
16. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии: причины, признаки прекращения кровообращения, основные неспециализированные реанимационные мероприятия, специализированные реанимационные мероприятия.
17. Гипертоническая болезнь. Классификация, стратификация пациентов по степени риска. Патогенетические механизмы эссенциальной гипертензии. Факторы риска возникновения гипертонической болезни. Методы обследования пациентов с артериальной гипертонией.
18. Особенности артериальной гипертензии у женщин в период климакса и менопаузы, при беременности, АГ в сочетании с сахарным диабетом, АГ в пожилом и старческом возрасте.
19. Симптоматические артериальные гипертонии. Диагностика нефрогенных, вазоренальных, эндокринных, гемодинамических, нейрогенных и лекарственных АГ. Принципы лечения.
20. Гипертонические кризы, классификация, патогенез, лечение, показания к госпитализации.
21. Лечение гипертонической болезни, цели терапии, общие принципы ведения больных, мероприятия по изменению образа жизни. Медикаментозная терапия: стратегия стартовой терапии, выбор антигипертензивного препарата при поражении органов-мишеней, ассоциированных клинических состояниях, в особенных клинических ситуациях.
22. Миокардиты: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
23. Кардиомиопатии: классификация, клиника, диагностика, лечение.
24. Миокардиодистрофии, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
25. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения у лиц пожилого и старческого возраста
26. Хроническая сердечная недостаточность, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
27. Клиническая фармакология антиангинальных средств.
28. Клиническая фармакология гипотензивных средств.
29. Клиническая фармакология антиаритмических средств, классификация, общая характеристика, показания и противопоказания к назначению.
30. Пароксизмальные супревентрикулярные тахикардии, этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, вторичная профилактика.
31. Пароксизмальные и непароксизмальные желудочковые тахикардии, этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, вторичная профилактика.
32. Фибрилляция предсердий, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, особенности ведения на догоспитальном этапе, показания к госпитализации.
33. Нарушение функции проводимости, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
34. Хирургические методы лечения аритмий.
35. Ревматическая лихорадка: этиология, патогенез, классификация, диагностические критерии, лечение, профилактика, диспансеризация, вопросы МСЭ.
36. Ревматические пороки митрального клапана. Клиника, диагностика, особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Показания к оперативному лечению.
37. Ревматические пороки аортального клапана. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
38. Дифференциальная диагностика при аускультативном синдроме шумов в сердце, тактика врача.
39. Ревматоидный артрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
40. Анкилозирующий спондилоартрит. Этиопатогенез, клиника, классификация, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, вопросы МСЭ.
41. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, лечение, диспансеризация, МСЭ.
42. Псориартический артрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
43. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика, вопросы МСЭ.
44. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, диагностические критерии, лечение, диспансеризация, МСЭ.
45. Подагра. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика, диспансеризация, вопросы МСЭ.
46. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, принципы лечения, диспансеризация, МСЭ.
47. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, основные клинические синдромы, варианты течения, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
48. Дерматомиозит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
49. Узелковый периартериит. Этиология, патогенез, основные клинические синдромы, диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
50. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. Тактика врача.
51. Врожденные пороки сердца бледного типа с артериовенозным шунтом: ДМПП, ДМЖП, ОАП. Физикальные признаки, диагностика, показания к хирургическому лечению, профилактика, реабилитация, МСЭ.
52. Врожденные пороки сердца с препятствием выбросу крови из желудочков (стеноз аорты, коарктация аорты, стеноз устья легочной артерии). Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, диспансеризация, реабилитация, МСЭ.
53. Легочная гипертензия. Определение, классификация, этиология острого, подострого, хронического легочного сердца. Диагностика и лечение вторичной легочной гипертензии.
54. Классификация туберкулеза. Особенности современного течения и диагностика.
55. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
56. Острая дыхательная недостаточность, классификация, этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
57. Рак легкого. Клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
58. Дифференциальная диагностика инфильтративного синдрома.
59. Плевриты. Этиология, клиника, диагностика, лечение сухого и выпотного плеврита.
60. Бронхиальная астма: определение, классификация, методы диагностики.
61. Принципы и особенности современного лечения бронхиальной астмы.
62. Астматический статус: клиника, неотложная помощь.
63. Дифференциальная диагностика при синдроме бронхиальной обструкции.
64. Тромбоэмболия легочной артерии: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
65. Спонтанный пневмоторакс, этиология, диагностика, неотложная помощь.
66. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Пневмония: определение, классификация, показатели степени тяжести пневмонии. Легочные и внелегочные проявления пневмонии. Этиологическая диагностика, осложнения пневмонии.
68. Внебольничная пневмония: определение, особенности этиологии, клиника, диагностика, показания к госпитализации.
69. Саркоидоз легких: этиология, стадии заболевания, клиника, диагностика, лечение.
70. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
71. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, классификация, диагностика, лечение.
72. Острый бронхит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
73. Эмфизема легких: классификация, этиология и патогенез, клиника, диагностика.
74. Принципы лечения внебольничной пневмонии, особенности эмпирического назначения антибиотиков, критерии эффективности и продолжительности антибактериальной терапии.
75. Нозокомиальная пневмония: особенности, факторы риска развития, этиология, диагностика, антибактериальная терапия.
76. Атипичные пмевмонии: особенности этиологии, клиника и диагностика микоплазменной, хламидийной, легионелезной пневмонии. Лечение атипичных пневмоний.
77. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные взгляды на этиологию, клиническую симптоматику, осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.
78. Хронические гастриты. Особые формы гастритов. Лечение, профилактика.
79. Рак желудка: диагностика, клиническая симптоматика, подход к лечению.
80. Воспалительные заболевания кишечника. Диагностика, клиническая картина, лечение, диспансеризация.
81. Нарушение нормальной микрофлоры кишечника, клинические синдромы, выбор терапии.
82. Синдром раздраженного кишечника. Классификация, современные критерии диагностики (клинические и лабораторно-инструментальные), лечение, профилактика.
83. Хронический панкреатит: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
84. Печеночная недостаточность: классификация, патогенез, клиника, лечение.
85. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эзофагиты. Ахалазия кардии. ГЭРБ. Дифференциальная диагностика.
86. Желчнокаменная болезнь. Хронический бескаменный холецистит: клиника, диагностика, лечение, профилактика.
87. Хронические вирусные гепатиты: этиология, патогенез, клинико-лабораторные проявления, общие принципы лечения, профилактика, диспансеризация.
88. Неалкогольная жировая болезнь печени. Современная трактовка этиопатогенеза, факторы риска, клинико-лабораторные проявления. Лечение.
89. Алкогольные, токсические и лекарственные поражения печени. Диагностика, клиника, лечение.
90. Острый жировой гепатоз у беременных. Внутрипеченочный холестаз при беременности. Диагностика и тактика терапевта.
91. Цирроз печени. Классификация, диагностика, лечение.
92. Портальная гипертензия (ПГ): основные причины, клинические признаки, исследования при ПГ, ведение больных с ПГ.
93. Дифференциальная диагностика при желтухе.
94. Дифференциальная диагностика при «остром животе». Тактика терапевта.
95. Дифференциальная диагностика при гепатомегалиях и гепатоспленомегалии.
96. Последствия желудочной хирургии: диарея, демпинг-синдром, синдром приводящей петли, гастростаз. Тактика врача ВОП.
97. Сахарный диабет: определение, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, диспансеризация, МСЭ.
98. Диета и медикаментозная терапия при сахарном диабете.
99. Диффузно-токсический зоб: патогенез, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
100. Гипотиреоз: патогенез, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Гипотиреоидная кома, интенсивная терапия.
101. Ожирение: патогенез, этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика различных форм, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
102. Болезнь Иценко-Кушинга: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
103. Гормональноактивные опухоли коры надпочечников: кортикостерома, альдостерома, феохромацитома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Феохромацитомный криз.
104. Гипофункция надпочечников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, прогноз. Гипокортикоидный криз, интенсивная терапия.
105. Нефротический синдром: этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика.
106. Острый пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.
107. Хронический пиелонефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых.
108. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
109. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
110. Амилоидоз почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
111. Поражение почек при сахарном диабете: патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
112. Острая почечная недостаточность: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
113. Хроническая болезнь почек: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
114. Гемобластозы. Классификация. Острые и хронические лейкозы. Принципы диагностики и лечения.
115. Парапротеинемические гемобластозы. Особенности патогенеза, диагностические критерии, клиника, лечение. Показания к проведению плазмофереза. Вопросы МСЭ.
116. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
117. В12 – дефицитная анемия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
118. Гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
119. Геморрагические диатезы. Классификация, методика обследования, клиника, диагностика. Принципы лечения различных геморрагических диатезов, профилактика, МСЭ.
120. Депрессии кроветворения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика, МСЭ.
121. Лимфопролиферативные заболевания: лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, диспансеризация, МСЭ.
122. Амбулаторное лечение и диспансеризация гематологических больных.
123. Показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.
124. Острая постгеморрагическая анемия. Этиология, патогенез, клиника, картина крови и костного мозга. Интенсивная терапия ОПГА.
125. Гемолитические кризы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
126. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, интенсивная терапия.
127. Организация работы врача ВОП, права и обязанности. Основные нормативные документы.
128. Организационно-профилактическая работа врача ВОП.
129. Виды медицинских осмотров. Организация периодических медицинских осмотров.
130. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи.
131. Группы населения, подлежащие профилактическим медицинским осмотрам. Перечень специалистов и методов обследования при дополнительной диспансеризации.
132. Основные критерии определения групп здоровья и группы диспансерного наблюдения.
133. Оценка эффективности диспансеризации. Отчетность, годовой эпикриз.
134. Понятие трудоспособность. Медицинские и социальные критерии в оценке трудоспособности.
135. Временная нетрудоспособность: виды, документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Функции листка нетрудоспособности.
136. Кто имеет право на получение листка нетрудоспособности.
137. Какие медработники и лечебно-профилактические учреждения не имеют права выдавать листок нетрудоспособности.
138. Порядок выдачи и продления листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, отравлениях и других последствиях воздействия внешних причин.
139. Выдача и продление листка нетрудоспособности при обследовании, консультации.
140. Листок нетрудоспособности по уходу за заболевшим членом семьи взрослым, выдача и продление.
141. Листок нетрудоспособности за больным ребенком, выдача и продление.
142. Порядок выдачи и заполнение листка нетрудоспособности при карантине.
143. Порядок выдачи и заполнения листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.
144. Порядок выдачи и заполнения листка нетрудоспособности при протезировании.
145. Порядок выдачи и заполнения листка нетрудоспособности при стационарном лечении и выписке из стационара.
146. Оформление временной нетрудоспособности иностранным гражданам из ближнего СНГ, дальнего зарубежья и беженцам.
147. Программа госгарантий лекарственным обеспечением населения, правила выписывания лекарственных средств.
148. Стойкая утрата трудоспособности. Классификация нарушений функций и структуры основных категорий жизнедеятельности. Группы инвалидности.
149. Показания и порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу. Оформление листка нетрудоспособности.
150. Анализ заболеваемости на врачебном участке. Основные статистические документы.
151. Медицинское страхование, цель, виды медицинского страхования.
152. Геронтологические аспекты внутренней патологии, особенности внебольничной диагностики, лечения и профилактики заболеваний внутренних органов у больных пожилого и старческого возраста.
153. ОРВИ, грипп. Диагностика, лечение, осложнения, показания к госпитализации, МСЭ, санэпидрежим в период эпидемии.
154. Структура поликлиники, функциональное назначение различных подразделений.
155. Лихорадка неясного генеза, тактика врача ВОП.
156. Острые аллергические реакции: крапивница, отек Квинке, клиника, диагностика, первая врачебная помощь.
157. Лекарственная аллергия
158. Современные нормативные документы в работе врача
159. Методы лабораторной экспресс-диагностики на дому
160. Ограничения метода ЭхоКГ
161. Основные синдромы ЭКГ.
162. Клинические методы исследования слизистой оболочки полости рта, зубов, пародонта, регионарных лимфатических узлов, языка и слюн­ной железы в работе врача общей практики (семейного врача).
163. Кариес, оказание неотложной помощи. Мероприятия по профилактике кариеса зубов в общей врачебной практике. Осложнения кариеса. Пульпит, оказание неотложной помощи. Периодонтит, оказание неотложной помощи.
164. Заболевания пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) и слизистой оболочки полости рта в общей врачебной практике. Возможности ранней диагностики заболеваний, тактика врача общей практики (семейного врача).
165. Мероприятия по профилактике заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта, часто встречающихся у детей и взрослых в работе врача общей практики (семейного врача).

***Медицинская психология в ОВП. Пациент с нарушениями психики в ОВП***

1. Психические свойства личности. Шкала жизненных ценностей.
2. Особенности психики в дет­ском и юношеском возрасте, проблема трудновоспитуемых де­тей.
3. Личностные особенности и воздействие их на течение сома­тических заболеваний. Роль психических факторов в предупре­ждении возникновения и развития заболеваний.
4. Применение требований медицинской деонтологии и психоги­гиены, методов психопрофилактики и психотерапии во взаимо­отношениях врача общей практики (семейного врача) с членами семьи.
5. . Клиническая характе­ристика основных психопатологических симптомов и синдромов.
6. Об­щая характеристика современных принципов и методов лечения пси­хических заболеваний, применяемых при оказании ПМСП врачом общей практики (семейным врачом). 16.4. Шизофрения, клинические вари­анты.
7. Маниакально-депрессивный психоз.
8. Пограничные состояния.
9. Психические расстройства при соматических и инфекционных забо­леваниях.
10. Особенности психики в пожилом возрасте и способы кор­рекции нарушений психики.
11. . Алкоголизм, наркомания, токсикомания: клинические проявления, способы лечения, социальные и медицинские меры профилактики, применяемые в общей врачебной практике. 16.10. Тактика ВОП/СВ при работе с пациентом и членами его семьи, имеющим психическое заболевание или расстройство.

***Инфекционные болезни, фтизиатрия* *Профессиональные болезни в ОВП.***

1. Клиническая диагностика туберкулёза лёгких в условиях первичной медицинской помощи
2. Обязательный диагностический минимум обследования больного с подозрением на туберкулёз врачом общей практики при направлении в противотуберкулёзный диспансер.
3. Лабораторные методы выявления микобактерий туберкулёза в патологическом материале при подозрении на туберкулёз. Методы забо­ра патологического материала и организационные формы по его ис­следованию.
4. Формирование в поликлинике групп риска («угрожаемые контин­гента») по заболеванию туберкулёзом и работа с ними врача общей практики.
5. Пищевые токсикоинфекции. Клиника, диагностическая и лечебная тактика, профилактика.
6. Сальмонеллёз и дизентерия. Клиника, диагностическая и лечебная тактика, профилактика. Показания к госпитализации. Диспансеризация реконвалесцентов.
7. Острые вирусные гепатиты. Современные подходы к диагностике, лечению, диспансеризации.
8. Дифтерия у детей и взрослых. Клиника, диагностика. Лечение.
9. Острые инфекционные заболевания головного мозга и его оболо­чек, внебольничная клиническая диагностика, тактика ВОП.
10. Герпетическая инфекция, современные подходы к диагностики и лечению.
11. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностическая и лечебная тактика. Профилактика.
12. Диагностика и лечение гриппа и других ОРВИ.
13. Профилактика профессиональных заболеваний: выявление факторов риска, способствующих возникновению наиболее распростра­ненных профессиональных заболеваний. Информированность о про­фессиях, "угрожаемых профпатологией".
14. Предварительные осмотры, их цели в задачи. Противопоказания к приему на работу с пpофессиональными вредностями. Периодические осмотры лиц, работаю­щих с профессиональными вредностями. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики (семейного врача).

***Неотложная помощь***

1. Шок (анафилактический, экзотоксический, травматический, гемор­рагический, кардиогенный и др.). Клиника, диагностика, неотложная помощь.
2. Обморок, коллапс. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
3. Дифференциальный диагноз коматозных состояний. Неотложная помощь.
4. Отёк гортани, ложный круп. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
5. Отёк Квинке. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
6. Открытый, закрытый клапанный пневмоторакс. Клиника, диагно­стика, неотложная помощь.
7. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Клиника, диагностика, неотлож­ная помощь.
8. Острая сердечная недостаточность. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
9. Гипертонический криз. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
10. Острый коронарный синдром. Диагностика. Тактика ведения больных.
11. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.
12. Внезапная коронарная смерть. Определение, диагностика, неот­ложная помощь.
13. Реанимация при фибрилляции желудочков.
14. Пароксизмальные нарушения ритма. Клиника, диагностика, неот­ложная помощь.
15. Желудочно-кишечные и лёгочное кровотечения. Клиника, диагно­стика, неотложная помощь.
16. Почечная колика, острая задержка мочи. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
17. Острая почечная недостаточность. Клиника, диагностика, неот­ложная помощь.
18. Фульминантная печеночная недостаточность. Клиника, диагности­ка, неотложная помощь.
19. Отёк мозга. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
20. Судорожные состояния, эпилептический статус. Клиника, диагно­стика, неотложная помощь.
21. Алкогольный делирий, абстинентный синдром. Клиника, диагно­стика, неотложная помощь.
22. Психомоторное возбуждение. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
23. Острый приступ глаукомы. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
24. Химические и термические ожоги, отморожения. Клиника, диаг­ностика, неотложная помощь.
25. Отравления. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
26. Тиреотоксический криз. Клиника, диагностика, неотложная по-мощь.
27. Преэклампсия, эклампсия. Клиника, диагностика, неотложная по­мощь.
28. Клиническая смерть. Лёгочно-сердечная реанимация: техника не­прямого массажа сердца, искусственного дыхания, критерии эффек­тивности.

***Хирургия и травматология***

1. Ущемлённая грыжа, клиника, диагностика, тактика ВОП.
2. Острый аппендицит, клиника, диагностика, тактика ВОП.
3. Острый холецистит, клиника, диагностика, тактика ВОП.
4. Острый панкреатит, клиника, диагностика, тактика ВОП.
5. Острые заболевания брюшной полости, дифференциальный диаг­ноз, тактика ВОП.
6. Травма живота, клиника, диагностика, такти­ка врача общей практики.
7. Повреждения груди, клиника, диагностика, неотложная помощь и тактика ВОП.
8. Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, тактика ВОП.
9. Облитерирующий атеросклероз и эндартериит сосудов нижних ко­нечностей. Клиника, диагностика, тактика ВОП.
10. Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона). Клиника, диагностика, тактика ВОП.
11. Гнойные заболевания кисти (панариции, флегмона). Клиника, диагностика, тактика ВОП.
12. Острый проктит и парапроктит. Геморрой. Трещины заднего прохода. Клиника, диагностика, тактика ВОП.
13. Трещины костей, переломы, вывихи, ушибы, растяжения. Клиника, диагностика. Тактика врача общей практики.
14. Бурсит, тендовагинит, синовит. Клиника, диагностика. Лечение
15. Врожденный вывих бедра. Диагностика и тактика врача общей практики в условиях ОВП.

***Неврология***

1. Нейропатии и невриты. Этиология, патогенез, клиника. Внебольничная синдромная диагностика. Лечение, диспансеризация, ВТЭ. Лечебно-диагностическая тактика врача общей практики.
2. Вертебральные поражения нервной системы. Внебольничная посиндромная диагностика, лечение. Особенности ведения больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Показания к госпитализа­ции. Реабилитация, ВТЭ.
3. Сотрясение и ушиб мозга. Синдром внутричерепной гипертензии, диагностика, лечебно-эвакуационная тактика врача общей практики.
4. Острое нарушение мозгового кровообращения, патогенез, клиника, диагностика, лечебно-эвакуационная тактика. Трудовая и социальная реабилитация больных, перенесших инсульт.
5. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия, вертебробазилярная недостаточность, со­судистая эпилепсия, атеросклеротический паркинсонизм). Внеболь­ничная клиническая диагностика. Профилактика. Проведение сим­птоматического лечения. Экспертиза трудоспособности.
6. Опухоли головного мозга. Клиника, лечебно-диагностическая и де-онтологическая тактика.
7. Заболевания вегетативной нервной системы, лечение, тактика врача общей практики.
8. Паркинсонизм, дифференциальная диагностика, тактика.
9. Эпилепсия, клинические формы припадков и эпилепсии, внебольничная диагностика, лечение, трудовая адаптация, экспертиза трудо­способности.

10. Субарахноидальное кровоизлияние. Клиника, диагностика. Тактика врача общей практики.

***Акушерство и гинекология***

1. Диспансеризация беременных и ведение беременности высокого риска. Показания к госпитализации.
2. Признаки беременности. Диагностика беременности. Скрининговые сроки и методы обследования беременных.
3. Ранний токсикоз. Этиология, классификация, методы обследования и лечения часто встречающихся форм раннего токсикоза.
4. Гестоз. Этиология, современные взгляды на патогенез гестоза, классификация, методы диагностики. Возможности лечения в условиях дневного стационара. Показания к госпитализации.
5. Тяжелые формы гестоза. Классификация. Методы диагностики. Перечислите показания к досрочному родоразрешению при гестозе.
6. Кровотечения при беременности. Причины. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения.
7. Беременность и роды при гипертонической болезни. Группы риска по неблагоприятному исходу по Л.В.Ваниной. Сроки плановой госпитализации. Принципы гипотензивной терапии у беременных.
8. Беременность и роды при заболеваниях почек. Клиника, диагностика и тактика ведения беременных с гестационным пиелонефритом, хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью, хроническим гломерулонефритом. Медицинские покзаания к прерыванию беременности.
9. Беременность и роды при сахарном диабете 1 и 2 типа, гестационном пиелонефрите. Критерии диагностики гестационного пиелонефрита.
10. Беременность и роды при бронхиальной астме. Особенности течения заболевания при беременности, особенности течения беременности у больных с бронхиальной астмой.
11. Беременность и роды при заболеваниях печени: холестатический гепатоз, вирусный гепатит, жировой гепатоз. Клиника, диагностика, акушерская тактика.
12. Регуляция функции репродуктивной системы. Уровни регуляции, принципы положительной и отрицательной обратной связи.
13. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация, дифференциальная диагностика, тактика ведения в различные возрастные периоды.
14. Эктопическая беременность. Причины, классификация, диагностика прогрессирующей, прервавшейся трубной беременности. Тактика ведения. Методы профилактики.
15. Методы контрацепции. Классификация. Критерии приемлемости гормональной контрацепции. Методы экстренной контрацепции.
16. Доброкачественные опухоли яичника. Рак яичника. Классификация, стадии распространения, клиника, методы диагностики.
17. Доброкачественные состояния и рак шейки матки. Классификация, методы диагностики. Возможности вакцинопрофилактики рака шейки матки.
18. Предменструальный синдром. Причины, классификация. Методы диагностики и лечения.
19. Климактерический синдром. Классификация. Методы диагностики. Показания и прниципы заместительной гормональной терапии.
20. Бесплодный брак. Определение понятия «бесплодный брак». Алгоритмы обследования при бесплодии. Способы преодоления бесплодия.

***Дерматоверенрология***

1. Сифилис первичный.
2. Сифилис вторичный.
3. Серодиагностика сифилиса.
4. Общее течение сифилиса.
5. Стрептодермии.
6. Стафилодермии.
7. Атопический дерматит.
8. Простые контактные дерматиты.
9. Аллергические контактные дерматиты.
10. Экзема.
11. Токсикодермии.
12. Крапивница.
13. Дерматомикозы.
14. Кандидоз.
15. Простой герпес.
16. Опоясывающий лишай.
17. Чесотка.
18. Вшивость.
19. Папилломавирусная инфекция.
20. Акне.
21. Вульгарный псориаз.
22. Тяжелые формы псориаза.

***Риноотоларингология***

1. Связь оториноларингологии с клиникой внутренних болезней.
2. Пороговая тональная аудиометрия: суть метода, ее особенности при кондуктивной и сенсоневральной тугоухости.
3. . Инородные тела пищепроводных путей.
4. Спонтанные вестибулярные расстройства, методы исследования.
5. Исследование функции отолитового аппарата, отолитовая реакция (О.Р.) В.И.Воячека.
6. Методы исследования функции слуховой трубы
7. Люмбальная пункция: техника, показания, значение в дифференциальной диагностике заболеваний ЛОР-органов.
8. Особенности заболевания ЛОР-органов при гриппе.
9. Особенности строения ЛОР-органов у детей.
10. . Химические ожоги дыхательных и пищепроводных путей
11. Острый наружный отит (диффузный, ограниченный).
12. Острый гнойный средний отит. Этиология, патогенез, клиника.
13. Принципы и методы лечения острых средних отитов.
14. Особенности острых средних отитов и их лечение у детей.
15. Сальпингоотит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
16. Острый мастоидит. Особенности мастоидита у детей. Особые формы мастоидита.
17. Хронический гнойный мезотимпанит. Клиника, методы лечения.
18. Хронический гнойный эпитимпанит. Клиника, возможные осложнения.
19. Отогенный менингит. Клиника, диагностика, методы лечения.
20. Отогенный абсцесс мозга и мозжечка. Клиника, диагностика и принципы лечения.
21. Тромбоз сигмовидного синуса. Этиопатогенез, клиника, особенности хирургического лечения.
22. Отогенные парезы и параличи лицевого нерва. Этиология, принципы лечения.
23. Отосклероз. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.
24. Болезнь Меньера. Этиопатогенез, клиника, лечение.
25. Нейросенсорная тугоухость. Этиология, основные принципы медикаментозного лечения. Реабилитация.
26. Транссудативный средний отит. Этиопатогенез, клиника, лечение.
27. Адгезивный средний отит. Патогенез, клиника, лечебная тактика.
28. Лабиринтиты, классификация, лечебная тактика.
29. Отомикоз. Клиника, лечение.
30. Тимпанопластика: суть оперативных вмешательств, их виды.
31. Перихондрит и рожистое воспаление наружного уха, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Травмы наружного уха. Особенности хирургической обработки ран наружного уха.
33. Инородные тела наружного уха. Серная пробка. Особенности удаления.
34. Антромастоидотомия. Показания и принципы хирургического вмешательства.
35. Радикальная операция. Показания и принципы хирургического вмешательства.
36. Острый ринит: этиология, клиника, лечение.
37. Хронические риниты: классификация, этиология. Принципы лечения.
38. Вазомоторный и аллергический риниты. Этиопатогенез, клиника, лечение.
39. Острые гнойные синуситы: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
40. Внутричерепные и глазничные осложнения при параназальных синуситах.
41. Носовые кровотечения. Этиология, методы остановки.
42. Механические травмы наружного носа. Неотложная помощь, лечение.
43. Фурункул носа, особенности клиники, лечебная тактика.
44. Аденоиды. Клиника, лечение.
45. Классификация ангин. Принципы лечения.
46. Паратонзиллярные абсцессы. Виды. Техника и особенности хирургического лечения.
47. Дифференциальная диагностика ангин.
48. Хронический тонзиллит. Классификация. Клиника, осложнения.
49. Современные методы консервативного и хирургического лечения хронического тонзиллита.
50. Хронические фарингиты. Классификация, принципы лечения.
51. Острые ларингиты. Особенности клиники и лечебной тактики при подскладочном ларингите.
52. Гортанная ангина. Этиопатогенез, клиника, лечение.
53. Острые стенозы гортани: причины, лечебная тактика.
54. Хронические стенозы гортани: причины, лечебная тактика.
55. Трахеостомия и интубация. Показания. Виды трахеостомии, техника.
56. Доброкачественные опухоли гортани: виды, клиника, принципы лечения.
57. Рак гортани. Современные методы лечения.
58. Рак гортани, классификация, клиника, диагностика.

Офтальмология

1.Назовите все оболочки глазного яблока и составляющие их части.

2.Строение роговицы. Перечислите слои роговой оболочки. Какова

клиническая особенность поверхностного слоя.

3. Перечислите основные функции, которые выполняет роговая оболочка.

4. Перечислите мышцы радужной оболочки и их иннервацию.

5.Перечислите функции зрительного анализатора. Перечислите

отделы, составляющие зрительный анализатор.

6. Роль аккомодации в акте зрения. Расскажите об основных моментах

механизма аккомодации.

7. Перечислите основные функции цилиарного тела.

8. Исходный механизм бинокулярного хрения Назовите одну из

методик его исследования.

9.Назовите виды расстройств цветного зрения.

10. Дайте определение понятия «поле зрения» и назовите основную

методику его исследования.

11. Назовите методики исследования слёзных путей.

12. Перечислите мышцы, обеспечивающие движение глазного яблока.

13. Перечислите основные клинические признаки синдрома верхней

глазничной щели.

14. Формула Снеллена для определения остроты зрения. Определите

остроту зрения, если исследуемый видит 10 строку таблицы Сивцева

с расстояния 3,5 м.

15. Дайте определение понятия «анизометропия». Укажите вид наиболее

приемлемой коррекции анизометропии высокой степени.

16. Выпишите рецепт на очки для близи пациенту 60 лет с эмметропической

рефракцией.

17. Дайте определение заболеванию «блефарит». Назовите его формы.

18. Дайте определение заболевания «ячмень». Напишите назначения

больному, которому поставлен диагноз «ячмень».

19. Перечислите основные объективные признаки острого

бактериального конъюнктивита.

20. Проведите дифференциальную диагностику между

конъюнктивальной и перикорнеальной инъекцией по основным

объективным клиническим признакам.

21. Перечислите симптомы острого гнойногодакриоцистита.

22. Дайте определение заболеванию «кератит». Перечислите возможные

исходы кератитов.

23. Перечислите виды эндогенных кератитов.

24. Проведите дифференциальную диагностику между иридоциклитом

и острым приступом глаукомы.

25. Перечислите стадии изменения глазного дна при гипертонической болезни.

26. Назовите 2 основные формы первичной глаукомы.

27. Перечислите кардинальные признаки открытоугольной глаукомы.

28. Тактика врача общей практики при остром приступе глаукомы.

29. Дайте определение «проникающего ранения глаза». Тактика врача

общей практики при проникающем ранении глаза.

30. Объём первой врачебной помощи при химических ожогах глазного

яблока различной степени.

Педиатрия

1. Клинические критерии диагноза атопического дерматита у детей.
2. Препараты базисной терапии в лечении бронхиальной астмы у детей.
3. Критерии определения степеней тяжести аллергического ринита у детей. Алгоритмы лечения аллергического ринита.
4. Преимущества грудного вскармливания.
5. Антенатальная и пренатальная профилактика рахита.
6. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни.
7. Клиника лямблиоза. Диагностика лямблиоза у детей.
8. Клинико-лабораторные признаки пиелонефрита.
9. Периоды детского возраста.
10. Корь. Клиника, дифференциальный диагноз.
11. Клиническая картина коклюша у детей. Особенности течения у взрослых и подростков.
12. Инфекционный мононуклеоз. Клиническая картина. Критерии диагностики.
13. Крапивница. План обследования пациента с хронической крапивницей.
14. Витамин D-дефицитный рахит. Клинические проявления рахита.
15. Клинические особенности пневмококковой пневмонии у детей младшего возраста.
16. Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим гастродуоденитом.
17. Осложнения инсулинзависимого сахарного диабета у детей.
18. Абсолютные и относительные противопоказания к проведению вакцинации у детей.
19. Лечение и профилактика железодефицитных анемий у детей.
20. Клиника врожденных пороков сердца: открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, тетрада Фалло.

**Организационно-педагогические условия**

**1.1 Организационно-педагогические условия**

Форма обучения: очная с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение слушателями образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения слушателей. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым система, а также иным информационным ресурсам. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе «AcademicNT».

Освоение очной части программы обеспечено набором мультимедийных презентаций по основным темам программы, нормативно-правовыми документами, набором методическим материалов, контрольными заданиями для оценки достижения результатов обучения.

**1.2 Требования к материально-техническому обеспечению**

Очная часть обучения проводится на базе кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, расположенной по адресу: 197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д. 6-8, корпус 5. Для организации и ведения образовательного процесса в распоряжении кафедры имеются два конференц-зала и симуляционный класс. Оснащение учебных помещений представлено ниже:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования** | **Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)** |
| **Конференц-зал № 1**  - Доска для фломастера-1 шт.  -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.)  - Компьютер - 1 шт.  - Столы – 18 шт.  - Стулья – 35 шт.  - Табуретки- 4 шт. -Вешалки - 3 шт.  (2 большие, 1 малая)  - Раковина – 1 шт.  - Кушетка – 1 шт. | 197022,  город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8,  5 лит АБ |
| **Симуляционный класс**  -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.)  - Компьютер - 21 шт.  - Столы – 16 шт.  - Стулья – 23 шт. | 197022,  город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8,  5 лит АБ |
| **Конференц-зал № 2**  - Доска для фломастера-1 шт.  -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.)  - Компьютер - 1 шт.  - Столы – 16 шт.  -Стулья – 35 шт.  -Табуретки- 2 шт. | 197022,  город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8,  5 лит АБ |

**1.3 Требования к начальной подготовке, необходимые для успешного освоения программы**

Программа предназначена для врачей, имеющих высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «060101 Лечебное дело», «060103 Педиатрия» при наличии послевузовского профессионального образования по специальности «Терапия»

**Список рекомендуемой литературы**

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Амлаева К.Р., Общие и частные вопросы медицинской профилактики  [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
5. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html
6. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>
7. Рукавицьна О.А., Анемии [Электронный ресурс] / под ред. О.А. Рукавицьгна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3978-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439784.html>
8. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
9. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
10. Радзинский В.Е., Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html
11. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>
12. Каптильный В.А., Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Каптильный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-4009-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440094.html>
13. Мухин Н.А., Профессиональные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.А. Мухин [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-3666-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436660.html>
14. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>
15. Гордеев И.Г., Электрокардиограмма при инфаркте миокарда [Электронный ресурс] / И.Г. Гордеев, Н.А. Волов, В.А. Кокорин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3231-0 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432310.html
16. Бржеский В.В., Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3779-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437797.html>
17. Кильдиярова Р.Р., Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3391-1 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html
18. Кильдиярова Р.Р., Питание здорового ребенка [Электронный ресурс] : руководство / Кильдиярова Р.Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>
19. Гундаров И.А., Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска - к резервам здоровья и социальной профилактике [Электронный ресурс] / И.А. Гундаров, В.А. Полесский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3871-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438718.html>

Дополнительная литература

1. Юренева С. В., Современные подходы к коррекции менопаузальных расстройств [Электронный ресурс] / С. В. Юренева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4108-4 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441084.html
2. Горелов А.В., Острые кишечные инфекции у детей [Электронный ресурс] / А.В. Горелов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3840-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438404.html>
3. Котенко К. В., Боль в спине : диагностика и лечение [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438619.html>
4. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>
5. Багненко C.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / C. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
6. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
7. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
8. Давыдкин И.Л., Болезни крови в амбулаторной практике: руководство [Электронный ресурс] / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-2725-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427255.html>
9. Мравян С.Р., Заболевания сердца у беременных. [Электронный ресурс] / С. Р. Мравян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-3065-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430651.html>
10. Киякбаев Г.К., Аритмии сердца. Основы электрофизиологии, диагностика, лечение и современные рекомендации [Электронный ресурс] / Г.К. Киякбаев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3100-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431009.html>
11. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
12. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
13. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>
14. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>
15. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
16. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>
17. Никифоров А.С., Общая неврология [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3385-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433850.html>
18. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
19. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>
20. Новиков Г.А., Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс] / Под ред. Г.А. Новикова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2367-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423677.html>
21. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html
22. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khiga>