

**Фонд оценочных средств**

по дисциплине «Госпитальная терапия»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.01. – РФ, 560001 – КР Лечебное дело

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация Врач-лечебник

2025 г.

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний обучающихся по направлению подготовки (специальности) Лечебное дело по дисциплине «Госпитальная терапия».

Фонд оценочных средств рассмотрен и утвержден на заседании кафедры терапии №2 специальности «Лечебное дело»

протокол № 1 от «28» августа 2025г.

Заведующий кафедрой

терапии №2 специальности «ЛД»  
наименование кафедры

  
подпись

д.м.н., проф. Сабилов И.С.  
расшифровка подписи

Исполнители:

к.м.н., доцент  
должность

  
подпись

Мирбаكيةва Д.М.  
расшифровка подписи

к.м.н., ст. преподаватель  
должность

  
подпись

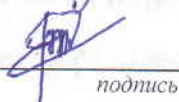
Толебаева А.А.  
расшифровка подписи

ст. преподаватель  
должность

  
подпись

Белинова А.В.  
расшифровка подписи

преподаватель  
должность

  
подпись

Баптыгулова С.А.  
расшифровка подписи

**1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ  
ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ  
ДИСЦИПЛИНЫ**

<b>Формируемые компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций</b>	<b>Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе</b>
<p><b>ПК-11:</b> готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p><b>ЗНАТЬ:</b> методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);</p>	<p><b>Блок С</b> Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) <b>Блок D</b> Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая</p>
	<p><b>УМЕТЬ:</b> подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;</p>	<p><b>Блок В</b> Ситуационные задачи (кейсы) Письменный разбор клинической ситуации (Оформление карт, историй болезни, назначений)</p>
	<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b> навыками сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p>	<p><b>Блок D</b> Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая</p>

<p><b>ПК-6:</b> способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</p>	<p><b>ЗНАТЬ:</b> методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм</p>	<p><b>Блок А</b> Вопросы для рубежного контроля Вопросы для промежуточной аттестации Тестовые задания Устный опрос</p>
	<p><b>УМЕТЬ:</b> осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний</p>	<p><b>Блок С</b> Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов)</p>
	<p><b>ВЛАДЕТЬ:</b> навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний.</p>	<p><b>Блок D</b> Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая</p>

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Курс 5, семестр 9, количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
<b>Модуль 1</b>					
Пульмонология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации)	5	15	3/13
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 1 (2 письменных вопроса, ситуационная задача, анализы, ЭКГ)	15	20	
<b>Модуль 2</b>					
Кардиология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации)	5	15	8/18
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 2 (2 письменных вопроса, ситуационная задача, анализы, ЭКГ)	15	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: 1. За каждое из пропущенных и не отработанных практических занятий или лекций снимается 0,5 балла

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Курс 5, семестр 10, количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
<b>Модуль 3</b>					
Ревматология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации)	5	15	27/37
Гастроэнтерология					
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 3 (2 письменных вопроса, ситуационная задача, анализы, ЭКГ)	15	20	
<b>Модуль 4</b>					
Нефрология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации)	5	15	31/41
Гематология					
	Рубежный контроль	Контрольная работа № 4 (2 письменных вопроса, ситуационная задача, анализы, ЭКГ)	15	20	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание: 1. За каждое из пропущенных и не отработанных практических занятий или лекций снимается 0,5 балл

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Курс 6, семестр 11, количество ЗЕ – 3, отчетность – зачет**

Название модулей дисциплины согласно РЦД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>11 семестр</b>					
<b>Модуль № 1</b>					
<b>Пульмонология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР № 1</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	
<b>Модуль №2</b>					
<b>Кардиология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>11</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР №2</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	
<b>Модуль №3</b>					
<b>Кардиология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>15</b>

	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР № 3</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	
<b>Всего за семестр</b>			<b>40</b>	<b>70</b>	
<b>Промежуточный контроль зачет</b>			<b>20</b>	<b>30</b>	
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

Примечание: 1. За каждое из пропущенных и не отработанных практических занятий или лекций снимается 0,5 балла

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Лечебное дело»**  
**Курс 6, семестр 12, количество ЗЕ – 5, отчетность – экзамен**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>12 семестр</b>					
<b>Модуль № 4</b>					
<b>Ревматология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>26</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ, ЭКГ. <b>КР № 4</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	
<b>Модуль №5</b>					
<b>Ревматология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>27</b>

	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР №5</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	
<b>Модуль №6</b>					
<b>Гастроэнтерология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>31</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР № 6</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	
<b>Модуль №7</b>					
<b>Нефрология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>33</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР № 7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	
<b>Модуль №8</b>					
<b>Эндокринология Гематология</b>	Текущий контроль	Устный опрос, срез знаний, конспект, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость.	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>38</b>
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ ЭКГ. <b>КР № 8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	

<b>Всего за семестр</b>	<b>40</b>	<b>70</b>	
<b>Промежуточный контроль - экзамен</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	

Примечание: 1. За каждое из пропущенных и не отработанных практических занятий или лекций снимается 0,5 балла

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 9-10 сем.  
БЛОК А**

**1. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) печень и мозг Б)
- сердце и почки В)
- почки и легкие Г)
- печень и почки

**2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ  
БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гемофильная палочка
- Б) пневмококк В)
- стафилококк Г)
- микоплазма

**3. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ**

- А) функциональные расстройства Б)
- органические изменения В)
- наследственные нарушения
- Г) аномалии развития кишечника

**4. ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ФОРМИРОВАНИЮ  
ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) перенесённая кишечная инфекция
- Б) молоко
- В) употребление продуктов богатых клетчаткой
- Г) дислипидемия

**5. ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА  
ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) наличии крови в кале
- Б) стуле чаще 3 раз в неделю
- В) чувстве неполного опорожнения кишечника
- Г) стуле реже 3 раз в неделю

**6. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ**

- А) гипертрофическая
- Б) алкогольная
- В) метаболическая
- Г) дисгормональная

**7. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ
- Б) недостаточности аортального клапана
- В) ДКМП
- Г) постинфарктном кардиосклерозе

**8. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА  
МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тропонин I
- Б) миоглобин
- В) ЛДГ Г)
- общая КФК

**9. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-  
ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ**

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке поджелудочной железы

Г) карциноме желчного пузыря

**10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ**

А) преднизолон Б)  
циклоsporин В)  
триамцинолон Г)  
ламивудин

**11. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

А) метронидазол  
Б) цефалексин В)  
ацикловир Г)  
омепразол

**12. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ**

А) псевдомембранозном колите  
Б) инфекции, вызванной *YersiniaEnterocolitica*  
В) болезни Крона  
Г) туберкулезе

**13. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО**

А) наличие частых кровотечений  
Б) безрецидивное течение  
В) сегментарное поражение  
Г) появление трансмуральных язв

**14. НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ - УКАЗЫВАЕТ НА**

А) синдром Золлингера-Эллисона  
Б) язвенную болезнь с локализацией в желудке  
В) язвенный колит Г) хронический панкреатит

**15. ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ» СПОСОБЕН СПРОВОЦИРОВАТЬ**

А) соталол  
Б) верапамил  
В) атенолол Г)  
дилтиазем

**16. ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ**

А) амиодарон  
Б) дизопирамид  
В) сульпирид  
Г) метформин

**17. КАРДИОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ВПЛОТЬ ДО РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ПРЕПАРАТ**

А) доксорубицин  
Б) дактиномицин  
В) блеомицин Г)  
сарколизин

**18. У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

А) нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ

- Б) верапамила, дилтиазема, атенолола
- В) бисопролола, дизопирамида, амиодарона
- Г) спиронолактона, пропранолола, соталола

**19. СИНДРОМ ОТМЕНЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) глюкокортикостероидов Б)
- бисфосфонатов В)
- триметазидина Г) ранолазина

**20. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ) У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гепарин Б)
- варфарин
- В) фондапаринкус
- Г) дабигатран

**21. ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) эритропоэтины (альфа, бета, дельта, омега)
- Б) ингибиторы пролилгидроксилазы В) ЭПО-миметики Г) ингибиторы транскриптазы

**22. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) стимуляторы эритропоэза Б)
- стимуляторы лейкопоэза В)
- аналоги нуклеозидов Г)
- иммунодепрессанты

**23. ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ**

- А) железа Б)
- кальция В)
- калия Г)
- магния

**24. ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ <30 МЛ/МИН/1,73М<sup>2</sup> ГИПЕРКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) спиронолактона
- Б) дабигатрана В)
- фебуксостата Г)
- ивабрадина

**25. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) осложненный пиелонефрит
- Б) внебольничная пневмония
- В) профилактика инфекционного эндокардита
- Г) пневмоцистная пневмония

**26. ПОДБОР ДОЗЫ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- А) активированного частичного тромбoplastинового времени
- Б) международного нормализованного отношения
- В) растворимых фибрин-мономерных комплексов с фибриногеном Г) активированного времени рекальцификации белка фибрина

**27. АНТИКОАГУЛЯЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ И РИСК ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С**

- А) нестероидными противовоспалительными средствами
- Б) агонистами H-имидазолиновых рецепторов
- В) блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов
- Г) частичными агонистами никотиновых рецепторов

**28. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) глюкокортикостероиды, цитостатики, антикоагулянты
- Б) диуретики, белковые растворы, антикининовые препараты
- В) антигистаминные средства, антибиотики, поливитамины
- Г) спиронолактоны, нитровазодилататоры, антагонисты кальция

**29. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА (С УМЕРЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ**

- А) хинидин, новокаинамид, дизопирамид Б) аллапинин, пропafenон, этацизин В) метопролол, бетаксоллол, бисопролол Г) амиодарон, соталлол, дронедаарон

**30. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IC КЛАССА (С ВЫРАЖЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ**

- А) аллапинин, пропafenон, этацизин
- Б) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- В) метопролол, бетаксоллол, бисопролол Г) амиодарон, соталлол, дронедаарон

**31. [T024681] К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА (БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ) ОТНОСЯТ**

- А) метопролол, бетаксоллол, бисопролол Б) аллапинин, пропafenон, этацизин В) хинидин, новокаинамид, дизопирамид Г) амиодарон, соталлол, дронедаарон

**32. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ**

- А) амиодарон, соталлол, дронедаарон
- Б) метопролол, бетаксаллол, бисопролол
- В) аллапинин, пропafenон, этацизин
- Г) хинидин, новокаинамид, дизопирамид

**33. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ НАЕМОРPHILUS INFLUENZAE, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) аминопенициллины

- Б) оксазолидиноны
- В) тетрациклины
- Г) сульфаниламиды

**34. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ  
ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

- А) международного нормализованного отношения(МНО)
- Б) активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- В) активированного времени рекальцификации (АВР)
- Г) растворимых фибрин-мономерных комплексов(РФМК)

**35. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА МОЖЕТ  
РАЗВИТЬСЯ АСИСТОЛИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОМ**

- А) пропранолола Б)
- фенобарбитала В)
- спиронолактона Г)
- фебуксостата

**36. НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ  
ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ КОМБИНАЦИИ ДИГОКСИНА С**

- А) амиодароном, хинидином, верапамилом
- Б) аторвастатином, нифедипином, клопидогрелом
- В) вальсартаном, фенофибратом, амлодипином Г)
- цетиризином, омега-3, деносумабом

**37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЁЧНОГО СИНДРОМА ПРИ  
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 4 СТАДИИ (КЛУБОЧКОВАЯ  
ФИЛЬТРАЦИЯ < 20 МЛ/МИН/1,73 М2) ДИУРЕТИКАМИ ВЫБОРА  
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) фуросемид, торасемид
- Б) спиронолактон, триамтерен В)
- индапамид, хлорталидон Г)
- маннитол, буметанид

**38. У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК  
РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ ПО ПОВОДУ СОПУТСТВУЮЩИХ  
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- А) лоратадин, хифенадин Б)
- цетиризин, акривастин
- В) дезлоратадин, левоцетиризин Г)
- секифенадин, фексофенадин

**39. ПОДБОР СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДАБИГАТРАНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

- А) безконтроля показателей коагулограммы
- Б) под контролем международного нормализованного отношения
- В) под контролем всех показателей коагулограммы
- Г) под контролем активированного частичного тромбопластинового времени

**40. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА  
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА  
МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) амиодарон
- Б) новокаиномид
- В) лидокаин Г)
- метопролол

**41. В СЛУЧАЕ СОХРАНЯЮЩЕГОСЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО**

- А) проведение электроимпульсной терапии
- Б) проведение инфузии новокаинамида
- В) проведение инфузии амиодарона
- Г) введение наркотических анальгетиков

**42. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОКАЗАНО**

- А) незамедлительное проведение ЭИТ
- Б) проведение инфузии кордарона
- В) проведение инфузии лидокаина
- Г) назначение бета-адреноблокаторов

**43. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ДЛЯ**

- А) дабигатрана
- Б) апиксабана
- В) аспирина
- Г) ривароксабана

**44. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АПИКСАБАНА В ДОЗЕ 10 МГ ДВА РАЗА В СУТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ**

- А) 7
- Б) 14
- В) 21
- Г) 28

**45. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ МЕСЯЦЕВ**

- А) 3
- Б) 6
- В) 9
- Г) 12

**46. ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ (ВТЭ) ПОКАЗАНО ПРИ**

- А) кардиогенном шоке
- Б) повторной тромбозии легочной артерии (ТЭЛА)
- В) двусторонней ТЭЛА
- Г) илиофemorальном тромбоз

**47. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- А) В12-дефицитной анемии
- Б) апластической анемии
- В) железодефицитной анемии
- Г) гемолитической анемии

**48. ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ**

**ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ \_\_\_\_\_ СИНДРОМА**

- А) гиперпластического
- Б) геморрагического
- В) анемического
- Г) инфекционно-токсического

**49. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) полицитемии Б) острого лейкоза
- В) хронического лейкоза Г) миелофиброза

**50. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ**

- А) парапротеина
- Б) гамма-глобулина
- В) альбумина Г) альфа-глобулина

**51. МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТРАВМЫ, ОБШИРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ**

- А) ДВС-синдрома
- Б) геморрагического васкулита В) гемолитической анемии Г) болезни Рандю-Ослера

**52. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) эритропоэтина
- Б) преднизолона В) витамина В12
- Г) фолиевой кислоты

**53. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПОЛНОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И**

- А) исключения других заболеваний Б) гистологического подтверждения
- В) иммуногистохимического подтверждения
- Г) ирригоскопического подтверждения

**54. ПРИ ПОВЫШЕНИИ БИЛИРУБИНА, ТИПИЧНОМ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА, НАДО ИСКЛЮЧИТЬ**

- А) гемолитическую анемию
- Б) инфекционный мононуклеоз
- В) острый вирусный гепатит А
- Г) хроническую алкогольную интоксикацию

**55. ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ**

- А) протеинов С и S
- Б) иммуноглобулина G

- В) витамина К
- Г) алкогольдегидрогеназы

**56. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ**

- А) узловатую эритему Б) межкишечные свищи
- В) панкреатогенный сахарный диабет
- Г) генерализованный эрозивный псориаз

**57. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ**

- А) альфафетопротеина Б) прокальцитонина В) гамма-глобулина Г) бетафитостерина

**58. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

- А) гамма-глобулина и IgG Б) бета-глобулина и IgA В) альфа2-глобулина и IgM Г) альфа1-глобулина и IgE

**59. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА В КРОВИ СНИЖЕНО СОДЕРЖАНИЕ**

- А) церулоплазмина Б) гамма-глобулина В) альфафетопротеина
- Г) альфа1-антитрипсина

**60. ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА**

- А) внутрь
- Б) внутривенно
- В) внутрь и внутривенно
- Г) в свечах и в виде ректальной пены

**61. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ**

- А) перорально
- Б) внутривенно
- В) внутримышечно
- Г) в микроклизмах

**62. НАРУШЕНИЯ А-V ПРОВОДИМОСТИ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СВЯЗАНЫ С**

- А) нарушением кровотока по артерии АВ узла
- Б) нарушением кровотока по артерии синусового узла
- В) обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ Г) повреждением межжелудочковой перегородки

**63. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ \_\_\_\_\_ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

- А) передней
- Б) нижней
- В) боковой
- Г) задней

**64. ОСТРО РАЗВИВШАЯСЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЭКВИВАЛЕНТНА**

- А) подъему сегмента ST на ЭКГ
- Б) острому инфаркту миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ
- В) формированию острой аневризмы верхушки ЛЖ
- Г) острой левожелудочковой недостаточности

**65. ИНДУКЦИЯ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА НА ПИКЕ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) диагностическим критерием ишемии миокарда
- Б) показанием к коронароангиографии.
- В) сомнительным результатом пробы на коронарную недостаточность
- Г) критерием диагноза подострого миокардита

**66. МАКСИМАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТЬЮ ИЗ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МИОКАРДА ОБЛАДАЮТ**

- А) магнитнорезонансная томография сердца и генетический анализ крови
- Б) мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием и анализ крови на специфические кардиомаркеры
- В) мониторирование ЭКГ, нагрузочный тест, при необходимости коронароангиография
- Г) однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца в покое и при нагрузке и генетический анализ крови

**67. ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ РИТМ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК «УСТОЙЧИВАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ» ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ СЕКУНД.**

- А) 30
- Б) 20
- В) 90
- Г) 15

**68. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ТАКТИКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ**

- А) соталола – при наличии тенденции к тахикардии
- Б) аллапинина или пропафенона в сочетании с соталолом
- В) амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии
- Г) верапамила

**69. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
- Б) эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
- В) признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
- Г) признаки синдрома Бругада

**70. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

- А) более 48 часов
- Б) более 24 часов

- В) менее 48 часов
- Г) менее 24 часов

**71. У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ**

- А) болезнь Такаюсу
- Б) болезнь Кушинга
- В) атеросклеротическое поражение плечевой артерии
- Г) болезнь Аддисона

**72. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и относительной толщины стенок левого желудочка
- Б) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и нормальная величина относительной толщины стенок левого желудочка
- В) нормальный индекс массы миокарда левого желудочка и увеличение относительной толщины стенок левого желудочка
- Г) нормальный индекс массы миокарда левого желудочка и нормальная относительная толщина стенок левого желудочка

**73. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО ПРЕКРАТИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ**

- А) при любом генезе изменений, которые не ясны
- Б) из-за пароксизма желудочковой тахикардии
- В) из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с абберацией внутрижелудочкового проведения
- Г) из-за частотозависимой блокады левой ножки пучка Гиса.

**74. ПРЕТЕСТОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЭКГ, КОТОРОЕ ДЕЛАЕТ НЕВОЗМОЖНЫМ ПРОВЕДЕНИЕ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полная блокада левой ножки пучка Гиса
- Б) полная блокада правой ножки пучка Гиса
- В) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм
- Г) исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4-6 до 1 мм

**75. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С3А СТАДИИ ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) глибенкламид
- Б) метформин
- В) эмпаглифлозин
- Г) ситаглиптин

**76. ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) моксонидина
- Б) нифедипина
- В) гидролазина
- Г) фелодипина

**77. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГКМП С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы

- Б) ингибиторы АПФ
- В) диуретики
- Г) блокаторы ангиотензиновых рецепторов

**78. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А)  $\beta$ -адреноблокаторы
- Б) диуретики В)  $\alpha$ -адреноблокаторы
- Г) препараты центрального действия

**79. ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАПИИ**

- А) цитостатиками
- Б) антибактериальными препаратами В) гипотензивными препаратами Г) нестероидными противовоспалительными препаратами

**80. ПРОТИВОТРОМБОТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТОВ КУМАРИНОВОЙ ГРУППЫ ОПТИМАЛЬНА ПРИ ПОДДЕРЖАНИИ МНО В ПРЕДЕЛАХ**

- А) 2,0 – 3,0
- Б) 1,0 – 2,0
- В) 0 – 1,0 Г) 5,0 – 6,0

**81. КОНТРОЛЬ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ**

- А) МНО
- Б) уровня фибриногена
- В) протромбиново о индекса
- Г) С-реактивного белка

**82. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ПАТОГНОМНИЧНО ДЛЯ**

- А) хронического миелолейкоза
- Б) хронического волосатоклеточного лейкоза
- В) сублейкемического лейкоза Г) острого промиелоцитарного лейкоза

**83. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ**

- А) остром лейкозе
- Б) хроническом лимфолейкозе В) болезни Виллебранда Г) гемолитической анемии

**84. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) гиперспленизма
- Б) переливания несовместимой крови
- В) травмы живота
- Г) хронического пиелонефрита

**85. К ПРИЗНАКАМ ДВС-СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ \_\_\_\_\_**

- А) гематомно-петехиальный
- Б) гематомный
- В) петехиальный
- Г) васкулитно-пурпурный

**86. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) эритремии
- Б) острого лейкоза
- В) хронического лимфолейкоза Г)
- В12-дефицитной анемии

**87. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) ДВС-синдроме
- Б) железодефицитной анемии В)
- гемолитической анемии Г)
- эссенциальной тромбоцитемии

**88. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ**

- А) эссенциальной тромбоцитемии
- Б) острого лейкоза
- В) железодефицитной анемии
- Г) гемолитической анемии

**89. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) острой тромбоцитопенической пурпуре
- Б) железодефицитной анемии В)
- гемолитической анемии Г) эритремии

**90. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) остром лейкозе
- Б) эритремии
- В) гемолитической анемии
- Г) эссенциальной тромбоцитемии

**91. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- А) амилоидозе
- Б) остром лейкозе
- В) применении антиагрегантов
- Г) применении антикоагулянтов

**92. АНЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ  
ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А) хронической почечной Б)
- острой печеночной В)
- острой сердечной
- Г) хронической дыхательной

**93. К В-СИМТОМАМ ПРИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ  
ГЕМОБЛАСТОЗАХ ОТНОСЯТ**

- А) похудание, слабость Б)
- лимфоаденопатию В)
- гиперспленизм
- Г) анемию и тромбоцитопению

**94. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ**

- А) цитостатиков
- Б) гормональных контрацептивов
- В) колониестимулирующего фактора
- Г) эритропоэтина

**95. НАЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) артериальную гипертензию
- Б) тошноту и рвоту
- В) лихорадочный синдром
- Г) тромбоцитопению

**96. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) леналидомид
- Б) интерферон альфа
- В) интерферон бета
- Г) колониестимулирующий фактор

**97. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ**

- А) бортезомиб
- Б) колхицин
- В) интерферон бета
- Г) колониестимулирующий фактор

**98. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) агранулоцитоз
- Б) тромбоз
- В) сыпь на коже
- Г) насморк

**99. ЭРИТРОПОЭТИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**

- А) анемии при хронической болезни почек
- Б) анемии при острой почечной недостаточности
- В) анемии, аутоиммунном гемолизе
- Г) лейкопении при воздействии цитостатиков

**100. В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИСУТСТВУЮТ**

- А) плазмаферез и свежезамороженная плазма
- Б) антиагреганты и активаторы фибринолиза
- В) антикоагулянты, антифибринолитики
- Г) антикоагулянты и активаторы фибринолиза

**101. МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) переливание достаточных объемов свежезамороженной плазмы
- Б) введение не менее 1 л теплой донорской крови
- В) проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии
- Г) назначение препаратов фактор протромбинового комплекса

**102. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТЕРАПИЮ ДВС-СИНДРОМА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

- А) проведения плазмафереза в объеме 1 л эксфузии
- Б) переливания свежей донорской крови
- В) введения фибринолитиков
- Г) наложения жгута на пораженную конечность

### **103. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПАТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ**

- А) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Б) антибиотиков широкого спектра действия
- В) противовирусных препаратов
- Г) гипотензивных лекарственных средств

### **104. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) международное нормализованное отношение
- Б) протромбиновый индекс по Квику
- В) уровень антитромбина III
- Г) активированное парциальное тромбиновое время

### **105. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) активированное парциальное тромбиновое время
- Б) международное нормализованное отношение
- В) протромбиновый индекс по Квику
- Г) тромбиновое время

### **106. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ**

- А) наличие гемorragических осложнений
- Б) хронометрические показатели гемостаза
- В) уровень агрегации тромбоцитов
- Г) уровень фибринолитической активности крови

### **107. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**

- А) неимунная тромбоцитопения
- Б) лекарственная тромбоцитопатия
- В) гепаринассоциированный агранулоцитоз
- Г) вторичный тромбоз

### **108. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) цитостатики и таргетные биологические препараты
- Б) антикоагулянты и антиагреганты
- В) антибиотики и антикоагулянты
- Г) стероидные гормоны и антибиотики

### **109. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ПРИМЕНЯЮТ**

- А) ингибиторы тирозинкиназы и цитостатики
- Б) цитостатики и стероидные гормоны
- В) стероидные гормоны и антибиотики
- Г) антибиотики и ингибиторы тирозинкиназ

### **110. БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тромбоцитопатией
- Б) тромбозами и геморрагиями

- В) васкулитно-пурпурной кровоточивостью
- Г) тромбоцитопенией

### **111. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ**

- А) проводится в амбулаторных и стационарных условиях
- Б) проводится исключительно врачом гематологом
- В) всегда требует местной анестезии
- Г) всегда требует общей анестезии

### **112. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ**

- А) нормальный режим труда и отдыха
- Б) минимальный уровень физической нагрузки
- В) асептические условия
- Г) исключение работы с физической нагрузкой

### **113. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ**

- А) асептические условия, трансфузиологическую помощь
- Б) занятия физической культурой в возрастающем режиме
- В) полный отказ от физических нагрузок
- Г) обязательное получение инвалидности

### **114. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ДОЛЖНЫ**

- А) иметь нормальный режим труда и отдыха
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) избегать массовых скоплений людей
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

### **115. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ДОЛЖНЫ**

- А) иметь нормальный режим труда и отдыха
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) избегать массовых скоплений людей
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

### **116. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ ДОЛЖНЫ**

- А) избегать условий высокого риска респираторных инфекций
- Б) исключить физические нагрузки, занятия спортом
- В) выйти на инвалидность
- Г) питаться с применением гипоаллергенных диет

### **117. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА**

- А) не требуются ограничения физической нагрузки
- Б) требуются ограничения продолжительности рабочего дня
- В) требуются ограничения по степени умственной нагрузки
- Г) требуется исключить использование общественного транспорта

### **118. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ**

- А) трансфузиологическую помощь
- Б) максимальную физическую активность
- В) соблюдение строгого постельного режима
- Г) обязательное получение инвалидности

### **119. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ**

## **ПРОВОДИТСЯ**

- А) путем регулярного введения расчетных доз препаратов факторов свертывания крови
- Б) введением нужного количества препаратов факторов свертывания в самом начале кровотечения
- В) применением препаратов активированного седьмого фактора крови
- Г) ежедневным введением препаратов протромбинового комплекса

## **120. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ**

- А) объяснить больному ход процедуры и ее значение
- Б) дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры
- В) дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре
- Г) перед проколом провести местное обезболивание кожи

## **121. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ**

- А) наклеить стерильную повязку на место прокола
- Б) наложить на место прокола давящую повязку
- В) положить на место прокола пузырь со льдом
- Г) оставить больного под наблюдением медицинского персонала

## **122. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кишечная непроходимость
- Б) кровотечение
- В) повышенный риск малигнизации
- Г) развитие токсического мегаколон

## **123. ЛИМФОЦИТАРНЫЙ СОСТАВ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ПЛЕВРАЛЬНОМ ЭКССУДАТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) туберкулеза
- Б) пневмонии
- В) лимфолейкоза
- Г) опухоли

## **124. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ВСПЫШКЕ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) микоплазма
- Б) кишечная палочка
- В) пневмококк
- Г) протей

## **125. ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ВЫПОТАХ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- А) экссудат
- Б) трансудат
- В) хилоторакс
- Г) гемоторакс

## **126. ПРИ ОСТРОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ**

- А) серозная
- Б) геморрагическая
- В) гнойная
- Г) хилезная

**127. ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ**

- А) мезотелиомы (рака) плевры
- Б) хронической сердечной недостаточности
- В) туберкулеза легких
- Г) системной красной волчанка

**128. ДИФФУЗНЫЙ ПНЕВМОСКЛЕРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ У БОЛЬНЫХ**

- А) ХОБЛ
- Б) бронхоэктатической болезнью
- В) тяжелой пневмонией
- Г) абсцессом легких

**129. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) компьютерная томография Б) физикальное обследование В) рентгенография Г) ультразвуковое исследование

**130. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ**

- А) через 48 часов после госпитализации
- Б) в период эпидемии гриппа
- В) при наличии вторичного иммунодефицита
- Г) в результате аспирационного поражения

**131. КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ**

- А) абсцессе легкого
- Б) бронхиальной астме В) муковисцидозе Г) экссудативном плеврите

**132. ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

- А) по верхнему краю ребра
- Б) по нижнему краю ребра
- В) на середине расстояния между ребрами
- Г) между ребрами

**133. ПЕРКУТОРНО ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ \_\_\_\_\_МЛ**

- А) 500
- Б) 100
- В) 50
- Г) 1000

**134. ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ**

- А) стафилококком
- Б) пневмококком В) хламидией Г) энтерококком

**135. ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ  
В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ**

- А) экссудата
- Б) крови В)
- гноя Г)
- лимфы

**136. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ  
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пульсоксиметрия
- Б) спирометрия
- В) компьютерная томография Г)
- рентгенография

**137. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ  
В ЛЕГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) кольцевидное затемнение с четким наружным и внутренним контурами
- Б) просветление неправильной формы с неопределяющимся наружным контуром
- В) кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стенками Г)
- просветление с четким горизонтальным уровнем жидкости

**138. НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ  
ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ С**

- А) цефалоспорины
- Б) левомицетином В)
- пенициллином Г)
- эритромицином

**139. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ У ПОЖИЛЫХ  
ПАЦИЕНТОВ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атровент
- Б) сальбутамол
- В) фенотерол Г)
- эуфиллин

**140. МУЖЧИНЕ С ХОБЛ И ЖАЛОБАМИ НА  
ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ**

- А) атровент
- Б) сальбутамол
- В) фенотерол Г) теofilлин

**141. ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА  
НЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полипоз
- Б) перфорация
- В) холелитиаз
- Г) внутрикишечная обструкция

**142. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА  
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ**

- А) аденокарциномы пищевода
- Б) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- В) плоскоклеточного рака пищевода Г) лейкоплакии
- пищевода

**143. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ**

- А) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
- Б) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
- В) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов
- Г) эпителия желудка по кишечному типу

**144. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ**

- А) кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени
- Б) эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения
- В) цилиндрической метаплазии с железами фундального типа
- Г) цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

**145. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) дилатация миокарда левого предсердия
- Б) очаговый фиброз миокарда желудочков
- В) гипертрофия левого желудочка
- Г) дилатация левого желудочка

**146. ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипертрофическая кардиомиопатия
- Б) алкогольная кардиомиопатия
- В) миокардитический кардиосклероз
- Г) открытое овальное окно

**147. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) повреждение эндотелия, турбулентный ток крови, гиперкоагуляция
- Б) спазм сосудов, атеросклероз, высокая активность ренина плазмы
- В) тромбоцитопения, rareфикация микроциркуляторного русла, эмболия
- Г) атероматозные бляшки, гемостаз, гипокоагуляция

**148. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) аневризма аорты
- Б) васкулит
- В) миокардиальный фиброз
- Г) нарушение ритма и проводимости сердца

**149. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАН**

- А) дигоксин
- Б) бисопролол
- В) верапамил
- Г) дилтиазем

**150. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3А) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ \_\_\_\_\_ МЛ/МИН/1,73М<sup>2</sup>**

- А) 45-59
- Б) 30-44
- В) 15-29
- Г) <15

**151. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ \_\_\_\_\_ МЛ/МИН/1,73М<sup>2</sup>**

- А) 15-29
- Б) 45-59
- В) 30-44
- Г) 60-89

**152. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) увеличение PQ более 200 мс
- Б) постепенное удлинение PQ с последующим выпадением QRS
- В) независимые сокращения предсердий и желудочков
- Г) выпадение QRS без постепенного удлинения PQ

**153. К ANTIAPИTMIЧECKИM ПPEПAPATAM III KЛACCA OTHOCИTCA**

- А) амиодарон Б)
- хинидин В)
- лидокаин Г)
- пропафенон

**154. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ПРОВОДЯТ**

- А) кортикостероидами (иногда в комбинации с цитостатиками)
- Б) противовирусной терапией
- В) категорическим отказом от алкоголя
- Г) динамическим наблюдением

**155. САМЫМ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ**

- А) аутоиммунном (люпоидном) гепатите
- Б) хроническом вирусном гепатите **В В)**
- хроническом вирусном гепатите **С Г)**
- алкогольной интоксикации

**156. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ СУБСТРАТАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) хроническая эрозия, язва, крипт-абсцессы
- Б) специфические гранулемы В)
- лимфоцитарные гранулемы
- Г) рубцовые изменения кишечника

**157. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) изъязвление и гиперемия слизистой оболочки кишки
- Б) сужение просвета кишки В) тотальная атрофия
- слизистой оболочки Г) геморроидальный узел

**158. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАТРАГИВАЕТ**

- А) слизистую оболочку

- Б) все слои кишки
- В) подслизистую оболочку
- Г) мышечную оболочку

**159. В СТАДИИ РЕМИССИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- А) неизменная слизистая оболочка
- Б) слизистая в виде «бульжной мостовой»
- В) слизистая с эрозиями
- Г) контактная кровоточивость слизистой оболочки

**160. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) все слои кишечника
- Б) слизистый и подслизистый слои
- В) подслизистый и мышечный слои
- Г) мышечный слой и серозная оболочка

**161. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНЫХ ПРОБ МОЖЕТ ПРЕРВАТЬ ПРИСТУП**

- А) предсердной пароксизмальной тахикардии
- Б) фибрилляции желудочков
- В) фибрилляции предсердий
- Г) желудочковой пароксизмальной тахикардии

**162. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ**

- А) суточной протеинурии более 3,5 г
- Б) отеков
- В) уровня сывороточного альбумина ниже 30 г/л
- Г) гиперкоагуляции

**163. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) поликистоз почек
- Б) гломерулонефрит
- В) миеломная болезнь
- Г) диабетическая нефропатия

**164. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ**

- А) ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- Б) антагонистов кальция (фенилалкиламинов)
- В) ингибиторов фосфодиэстеразы
- Г) ингибиторов карбоангидразы

**165. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лидокаин
- Б) дигоксин
- В) дизопирамид
- Г) этацизин

**166. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ**

- А) международное нормализованное отношение (МНО)
- Б) время кровотечения

- В) тромбиновое время
- Г) уровень ретикулоцитов

**175. К АНТИБИОТИКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЕ ОБЛАДАЮТ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ОТНОСЯТСЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОТНОСЯТ**

- А) фторхинол
- Б) макролиды
- В) аминопенициллины
- Г) цефалоспорин

**176. ОСНОВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПЕРИОДА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) острая почечная недостаточность
- Б) прогрессирующий травматический отек конечности
- В) некроз кожи и мышц конечности
- Г) острая печеночная недостаточность

**177. СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО**

- А) гранулоциты
- Б) миелобласты
- В) плазмциты
- Г) эритрокарициты

**178. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ**

- А) VIII фактора
- Б) антитромбина III
- В) протеина C
- Г) образования тромбоцитов

**179. ДЕСТРУКЦИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ**

- А) множественной миеломе
- Б) талассемии
- В) апластической анемии
- Г) эритремии

**180. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ**

- А) острого инфаркта миокарда
- Б) внебольничной пневмонии
- В) острого миокардита
- Г) острого гастрита

**181. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) снижение ударного объема и сердечного выброса
- Б) повышение фракции выброса левого желудочка
- В) запаздывание открытия митрального клапана
- Г) уменьшение диастолического объема левого желудочка

**182. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ**

- А) относительная коронарная недостаточность

- Б) неспецифический коронариит
- В) спазм коронарных артерий
- Г) острый тромбоз коронарных артерий

**183. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) резкое ослабление дыхания
- Б) амфорическое дыхание В) крепитация Г) шум трения плевры

**184. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ**

- А) отсутствие пульса на одной из рук
- Б) геморрагической пурпуры
- В) сетчатого ливедо
- Г) кровохарканья

**185. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ**

- А) болезни Крона
- Б) дивертикулярной болезни кишечника
- В) псевдомембранозного колита Г) синдрома раздраженного кишечника

**186. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) суточный мониторинг рН в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия
- Б) определение *Helicobacter pylori*
- В) анализ кала на скрытую кровь
- Г) рентгеноскопия пищевода и желудка

**188 . ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ВЫШЕ 300 МКГ/Г ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ**

- А) болезнь Крона
- Б) аскаридоз
- В) синдром раздраженного кишечника Г) глютенная энтеропатия

**189. РЕФЛЕКТОРНОЕ КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВОЗМОЖНО ПРИ**

- А) суправентрикулярной тахикардии
- Б) полной АВ-блокаде В) желудочковой тахикардии Г) частой экстрасистолии

**190. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) сульфасалазин
- Б) амоксициллин
- В) тетрациклин
- Г) панкреатин

**191. ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) инфликсимаб
- Б) азатиоприн
- В) преднизолон
- Г) метотрексат

**192. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) циклофосфамид
- Б) лефлуноמיד
- В) пентоксифиллин
- Г) метотрекса

**193. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) церулоплазмина сыворотки
- Б) креатинфосфокиназы в крови
- В) уровня белка Бенс-Джонса в моче
- Г) уровня цианкоболамина в крови

**194. ПРИ НАЛИЧИИ БРАДИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) амлодипин
- Б) верапамил
- В) пропранолол
- Г) атенолол

**195. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- А) анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- Б) анемия, лейкопения, тромбоцитопения
- В) эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитопения
- Г) лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ

**196. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ**

- А) более 20% бластных клеток в костном мозге
- Б) более 20% бластных клеток в периферической крови
- В) при сочетании температуры, анемии и кровоточивости
- Г) при наличии анемии в сочетании с тромбоцитопенией, болями в костях и температурой

**197. УРОВЕНЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_МЛ/МИН.**

- А) 30
- Б) 60
- В) 20
- Г) 15

**198. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА ЛЕЖИТ**

- А) генерализованное повреждение эндотелия микрососудов
- Б) повреждение адгезивных свойств тромбоцитов
- В) истощение и дефицит простаглицлина
- Г) выработка антител к тромбоцитам

**199. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) сердечная недостаточность
- Б) боль в грудной клетке
- В) артериальная гипертензия
- Г) обмороки

**200. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮЩИМИСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА, ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) печень и мозг Б) почки и легкие В) печень и легкие Г) сердце и почки

**201. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эхокардиография
- Б) электрокардиография
- В) фонокардиография Г) рентгенография

**202. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ**

- А) эхокардиографии
- Б) ЭКГ с физической нагрузкой
- В) радионуклидного сканирования сердца Г) рентгенографии органов грудной клетки

**203. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) телеангиэктазия
- Б) проксимальная миопатия
- В) поражение кишечника
- Г) поражение почек

**204. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз
- Б) «бабочка» на лице В) остеолиз ногтевых фаланг Г) деформация суставов

**205. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ**

- А) высокая активность креатинфосфокиназы Б) повышение уровня острофазовых белков В) умеренный лейкоцитоз Г) наличие гемолитической анемии

**206. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ**

- А) артериите Такаясу
- Б) болезни Бюргера
- В) узелковом периартериите
- Г) геморрагическом васкулите

**207. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ  $84 \times 10^9 / \text{л}$  (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8)**

- А) хронический лимфолейкоз

- Б) идиопатический миелофиброз
- В) хронический миелолейкоз
- Г) болезнь Ходжкина

**208. ПРИ ГЕМОФИЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ**

- А) АЧТВ
- Б) протеина В)  
протеина С
- Г) плазминогена

**209. ДЛЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНО**

- А) отсутствие зубцов Р
- Б) частота желудочковых комплексов более 120 в мин
- В) наличие преждевременных комплексов QRS Г)  
укорочение интервалов PQ

**210. ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ**

- А) нарушения выделения урохромов Б)  
повышения прямого билирубина В)  
повышения непрямого билирубина Г)  
нарушения синтеза урохромов

**211. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСУМКОВАННЫЙ ПЛЕВРИТ ПЕРЕД ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИЕЙ НУЖНО ПРОВЕСТИ**

- А) УЗИ
- Б) бронхоскопию В)  
рентгеноскопию
- Г) микроскопию мокроты

**212. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А) синдроме Шегрена
- Б) системной красной волчанке В)  
ревматоидном артрите
- Г) системной склеродермии

**213. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЧАЩЕ СОПУТСТВУЕТ**

- А) узелковому периартерииту
- Б) ревматоидному артриту
- В) склеродермии
- Г) подагре

**214. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, ПРИМЕНЯЮТ**

- А) азитромицин Б)  
цефтриаксон В)  
гентамицин Г)  
амоксициллин

**215. ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

- А) аминогликозиды
- Б) пенициллины В)  
цефалоспорины Г)  
макролиды

**216. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ С НАИМЕНЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИАРИТМИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДИГИТАЛИСНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) лидокаин
- Б) прокаинамид
- В) пропранолол
- Г) верапамил

**217. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) верапамил
- Б) амиодарон
- В) лидокаин Г)
- дилтиазем

**218. БЕЗОПАСЕН ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БРАДИКАРДИИ**

- А) амлодипин
- Б) пропранолол
- В) верапамил
- Г) дигоксин

**219. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ФАЗЕ КОНСОЛИДАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ В СТАДИИ**

- А) ремиссии Б)
- рецидива В)
- развернутой
- Г) терминальной

**220. ОСНОВНЫМ ЦИТОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА**

- А) миелопероксидазу Б)
- β-глюкуронидазу В)
- АТФазу Г) кислую
- фосфатазу

**221. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЗНАКАМИ ДОСТАТОЧНО НАДЕЖЕН ПРОЦЕНТ ЛИМФОЦИТОВ В МИЕЛОГРАММЕ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ БОЛЕЕ**

- А) 30
- Б) 20
- В) 10
- Г) 40

**222. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- А) хронического миелолейкоза
- Б) сублейкемического миелоза
- В) острого эритромиелоза
- Г) острого миеломоноцитарного лейкоза

**223. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН**

- А) плазмочитами

- Б) лимфоцитами
- В) макрофагами
- Г) эозинофилами

**224. ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) алкоголь-дегидрогеназа
- Б) глюкозо-6-фосфатаза
- В) алкоголь-оксидаза
- Г) алкоголь-синтетаза

**225. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) эритропоэтин
- Б) препараты железа
- В) переливание эритроцитной массы
- Г) витамин В12

**226. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ**

- А) белковые препараты, мочегонные
- Б) антиагреганты, антикоагулянты, антибиотики
- В) глюкокортикоиды, цитостатики, антиагреганты, антикоагулянты
- Г) глюкокортикоиды, антикоагулянты, антибиотики

**227. ПОКАЗАНИМИ К СРОЧНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение уровня калия сыворотки 6,5 ммоль/л и более
- Б) высокая гипертензия
- В) олигурия

Г) повышение уровня мочевины более 10 ммоль/л

**228. В КАЧЕСТВЕ ИНДУКЦИОННЫХ КУРСОВ ПРИ ОСТРЫХ НЕЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ЦИТОЗАР В СОЧЕТАНИИ С**

- А) даунорубицином
- Б) хлорбутином
- В) доксарубицином
- Г) преднизолоном

**229. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) мабтера
- Б) алексан
- В) весаноид
- Г) алкеран

**230. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) D-пенициламин (купренил)
- Б) роферон
- В) преднизолон
- Г) эссенциале

**231. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- А) сульфасалазин

- Б) аторвастатин
- В) аллохол
- Г) пенициллин

**232. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тяжелая дисплазия слизистой оболочки толстой кишки
- Б) прием глюкокортикоидов В) развитие склерозирующего холангита Г) развитие псевдополипоза

**233. ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) желудочковая тахикардия
- Б) стенокардия напряжения
- В) развитие сердечной недостаточности
- Г) полная блокада левой ножки пучка Гиса

**234. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМА ДИЕТА**

- А) фруктово-овощная
- Б) с исключением животных жиров В) углеводно-жировая Г) с повышенным содержанием белка

**235. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ**

- А) имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- Б) ограничение физической нагрузки В) длительный прием статинов
- Г) имплантация электрокардиостимулятора

**236. КЛЕТКИ БОТКИНА–ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ**

- А) хроническом лимфолейкозе
- Б) хроническом миелолейкозе
- В) миеломной болезни
- Г) остром миелобластном лейкозе

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 11-12 сем**

**БЛОК А**

**1. УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕГУЛИРУЮТ ФАКТОРЫ**

- А) тканевые
- Б) психосоциальные
- В) генетические
- Г) интоксикационные

**2. ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТОНУС СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) эндотелин
- Б) адреналин

- В) адренокортикотропнин
- Г) оксид азота

**3. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повышение тонуса артериол
- Б) увеличение сердечного выброса
- В) снижение эластичности стенки аорты
- Г) увеличение эластичности стенки аорты

**4. ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО**

- А) повышение сердечного выброса
- Б) снижение сердечного выброса
- В) снижение общего периферического сопротивления Г)
- увеличение центрального венозного давления

**5. УРОВНЕМ ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ММОЛЬ/Л**

- А) 1,7
- Б) 1,2
- В) 1,0
- Г) 0,7

**6. ПЕРЕД ИЗМЕРЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЬ КУРЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ЧАС**

- А) 0,5 Б) 2,5 В)
- 1,5 Г) 2

**7. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ Г/М<sup>2</sup>**

- А) 125
- Б) 115
- В) 110
- Г) 105

**8. К АССОЦИИРОВАННОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ**

- А) расслаивающая аневризма аорты Б)
- аортальный стеноз
- В) аортальная недостаточность
- Г) трикуспидальная недостаточность

**9. ПОРОГОВЫЙ УРОВЕНЬ ОФИСНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СОСТАВЛЯЕТ ММ РТ.СТ.**

- А) 140/90 Б)
- 130/80 В) 135/85
- Г) 145/90

**10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ**

**АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УСТАНОВЛИВАЮЩИМ НАЛИЧИЕ И ТЯЖЕСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) оценка состояния глазного дна
- Б) суточная экскреция с мочой кортизола
- В) содержание альдостерона в крови
- Г) суточная экскреция адреналина

**11. БОЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЧИТАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ \_\_\_\_\_ СИНДРОМА**

- А) метаболического
- Б) астено-вегетативного
- В) диспептического
- Г) постхолецистэктомического

**12. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА**

- А) повышением секреции катехоламинов
- Б) повышением секреции ренина
- В) избыточной секрецией минералокортикоидов
- Г) повышением образования ангиотензина

**13. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) активация ренин-ангиотензиновой системы
- Б) избыточная секреция минералокортикоидов
- В) повышенная секреция катехоламинов
- Г) повышенное образование ангиотензина

**14. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СИНДРОМОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

- А) 17-оксикортикостероида
- Б) тиреотропина
- В) ренина
- Г) креатинина

**15. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ТАХИКАРДИЯ, ПОСЛЕ ПРИСТУПА-ПОЛИУРИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- А) феохромоцитомы
- Б) синдрома Кона
- В) синдрома Иценко-Кушинга
- Г) климактерического синдрома

**16. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ**

- А) приступа стенокардии напряжения
- Б) приступа вариантной (вазоспастической) стенокардии
- В) перикардита
- Г) аневризмы левого желудочка

**17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) вирусные инфекции
- Б) бактериальные инфекции
- В) грибковые инфекции
- Г) воздействия токсинов

**18. ПРИ РАЗВИТИИ ИФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ**

- А) 2-3 суток Б) 1 сутки В) 5-6 суток
- Г) 14 суток

**19. ПА ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) ЛПНП Б) ЛПОНП
- В) ЛПНП и ЛПОНП Г) ЛП
- (а)

**20. ПБ ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ**

- А) ЛПНП и ЛПОНП Б) ЛПНП В) ЛПОНП Г) ЛП(а)

**21. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА**

- А) синтезируется в печени и поступает с пищей
- Б) синтезируется в печени и надпочечниках
- В) поступает исключительно с пищей
- Г) синтезируется в печени и почках

**22. К ДЕПРЕССОРНОМУ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОМУ МЕХАНИЗМУ ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ АКТИВАЦИЯ**

- А) мозгового и предсердного натрийуретических пептидов Б) САС
- В) РААС Г) АДГ

**23. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ \_\_\_\_\_ММОЛЬ/Л**

- А) 1,8
- Б) 2,5
- В) 3,0
- Г) 3,5

**24. ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ**

- А) биопсии миокарда Б) эхокардиографии
- В) ЭКГ
- Г) сцинтиграфии миокарда

**25. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) атеросклероз коронарных артерий Б) «мышечный» мостик
- В) коронариит

Г) гипертрофия левого желудочка

**26. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ**

- А) гипертрофическая Б)
- алкогольная В)
- метаболическая
- Г) дисгормональная

**27. ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ < ММОЛЬ/Л**

- А) 1,8 Б) 2,0 В)
- 2,5 Г) 3,0

**28. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ**

- А) ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ Б)
- недостаточности аортального клапана
- В) ДКМП
- Г) постинфарктном кардиосклерозе

**29. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ**

- А) сахарный диабет 2 типа Б)
- возраст
- В) отягощенная наследственность
- Г) мужской пол

**30. В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) глюкозы крови
- Б) общего холестерина
- В) систолического АД
- Г) возраста

**31. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) тропонин I
- Б) миоглобин
- В) ЛДГ Г)
- общая КФК

**32. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А) колестиполом
- Б) аторвастатином
- В) фенофибратом
- Г) препаратами никотиновой кислоты

**33. ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ХСН И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ**

- А) фозиноприлу
- Б) лизиноприлу

- В) периндоприлу
- Г) каптоприлу

**34. ПРИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ**

- А) а-в блокаде II ст.
- Б) а-в блокаде I ст.
- В) фибрилляции предсердий
- Г) синусовой тахикардии

**35. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ**

- А) розувастатина
- Б) симвастатина
- В) аторвастатина
- Г) правастатина

**36. ПРИЕМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В**

- А) 3 раза
- Б) 2 раза
- В) 4 раза
- Г) 5 раз

**37. К АНТАГОНИСТАМ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ**

- А) эплеренон
- Б) торасемид
- В) триамтерен Г) индапамид

**38. К КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ**

- А) триамтерен
- Б) индапамид
- В) гидрохлортиазид
- Г) торасемид

**39. К ПОСТСИНАПТИЧЕСКИМ БЛОКАТОРАМ -альфа1 – АДРЕНорецепторов относится**

- А) доксазозин
- Б) моксонидин
- В) алискирен
- Г) фентоламин

**40. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ**

- А) однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
- Б) однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- В) двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев Г) двуслойной гипоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

## БЛОК Б

### Ситуационные задачи по госпитальной терапии (9-10 семестры)

Задача по терапии с ответом 1

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание к задаче по терапии

1. Поставить диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.
3. Наметить план обследования.
4. Наметить план лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 1:

ЭКГ - прилагается.

1. Общий анализ крови : эр. - 4,5x10<sup>12</sup>, лейкоц. - 10,5x10<sup>9</sup>, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
5. Рентгенография - прилагается.

Эталон ответов к задаче по терапии 1

1. ИБС: инфаркт миокарда.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.
4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача по терапии с ответом 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Общий анализ крови : эр. - 4,3 x 10<sup>12</sup>, лейкоц. - 9,2 x 10<sup>9</sup>, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

Задание к задаче по терапии

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 2 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гл, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л.
3. Свертываемость крови - 3 мин.
4. ПТИ - 100 %.
5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейкоц. -  $6,0 \times 10^9$ , э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час.
6. Рентгенограмма - прилагается.

Эталон ответов к задаче по терапии 2

1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.
2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.
3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

Задача по терапии с ответом 3

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина ( $7,6$  ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание к задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 3 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин -  $7,6$  ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин.
3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр.
5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови -  $4,5$  ммоль/л.
6. Анализ крови общий : Нв - 140 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. -  $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/час.

Эталон ответов к задаче по терапии 3

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).
2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.
3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.
4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1 группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция.

В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств.

5. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

Задача по терапии с ответом 4

Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание к задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 4 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление политопности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п - 1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л -  $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 4 мм/час.

Эталон ответов к задаче по терапии 4

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).
2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Дифференциальная диагностика синдрома экстрасистолии (вариант нормы, кардиальное происхождение, внесердечные причины).

4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторингованию - уменьшение количества экстрасистол на 70%.

Задача по терапии с ответом 5 Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с

жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением "сетки" перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание к задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 5 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - П.
3. Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , л -  $6,0 \times 10^9/л$ , ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.
6. Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

Эталон ответов к задаче по терапии 5

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение:

терапия гипертензивного криза;

терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД.

- кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

Задача по терапии с ответом 6 Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-

затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны

сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений. Задание к задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 6 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Общий анализ крови: эр. -  $4,9 \times 10^{12}/л$ , Нв - 130 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты -  $300 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $6,0 \times 10^9/г$ , пал. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/час.
3. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1023, белка и сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.
4. Анализ мочи по Зимницкому: уд. вес от 1008 до 1027, дневной диурез - 800,0 мл, ночной диурез - 500,0 мл.
5. Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. - 800, лейкоц. - 1000.
6. Проба Реберга : клубочковая фильтрация - 100 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98%.
7. Анализы крови: на мочевины - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,088 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,5 г/л, ПТИ - 100 ед.
8. Рентгеноскопия сердца - прилагается.
9. Эхокардиоскопия: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция выброса - 65%.
10. УЗИ почек - почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется.
11. Радиоренография - поглотительная и выделительная функции почек не нарушены.
12. Глазное дно - некоторое сужение артерий.
13. Консультация невропатолога - функциональное расстройство нервной системы.

Эталон ответов к задаче по терапии 6

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии.
2. План дополнительного обследования: ЭКГ, эхокардиоскопия, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, УЗИ почек, консультация окулиста, рентгеноскопия сердца, консультация невропатолога, общий анализ крови, проба Реберга, анализ крови на мочевины, креатинин, холестерин, бета-липопротеиды, протромбин, радиоренография.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с симптоматическими артериальными гипертензиями:
  - почечными - хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз, реноваскулярная гипертензия; - эндокринными - феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, акромегалия;
  - гемодинамическими - недостаточность аортального клапана, атеросклероз аорты, застойная гипертензия; - нейрогенными - опухоли или травмы головного или спинного мозга, энцефалит, кровоизлияние;

с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии;

с экзогенными гипертензиями вследствие свинцовой интоксикации, приема глюкокортикоидов, контрацептивов.

Задача по терапии с ответом 7

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс

нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна. Задание к задаче по терапии

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 7 :

Анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты -  $9,5 \times 10^{12}/л$ , п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бета - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

1. Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.
2. ЭКГ - прилагается.
3. Рентгенография грудной клетки - прилагается.

Эталон ответов к задаче по терапии 7

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.
4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

Задача по терапии с ответом 8

Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет жалобы на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела  $37,30^{\circ}C$ , кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Задание к задаче по терапии

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 8 :

1. Общий анализ крови: эр. -  $5,0 \times 10^{12}/л$ , Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты -  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10,0 \times 10^9/л$ , пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр., лейкоциты - 15-20 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
3. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспорином, эритромицину, линкомицину.
4. Серологическое исследование - повышенный титр антител к микоплазменной инфекции.
5. Рентгенограмма - прилагается.
6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция - кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
7. Анализ крови на ДФА: 260 ед., СРБ - умеренно положительный.
8. ЭКГ - прилагается.
9. Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.
10. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

Эталон ответов к задаче по терапии 8

1. Предварительный диагноз: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. ДН II ст.
  2. План дополнительного обследования: анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, анализ мокроты с определением микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ мочи, исследование сыворотки крови на ДФА, СРБ, общий белок и белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. Серологическое исследование - определение титра антител к антигенам возбудителей, бронхоскопия, бронхография, исследование функции внешнего дыхания.
  3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хронической пневмонией, туберкулезом легких, раком легких, бронхиальной астмой, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом, лейкозами легких.
  4. Принципы лечения:  
антибактериальная терапия - антибиотики, сульфаниламиды длительного действия и комбинированные сульфаниламиды, противогрибковые антибиотики бронхолитическая и отхаркивающая терапия - эуфиллин, бромгексин, термопсис, йодид калия дезинтоксикационная терапия - гемодез, реополигмонин, плазма
  5. иммунокорригирующая терапия - дибазол, метилурацил, пентоксил, тимоген, бронхомунал
  6. симптоматическая терапия - при развитии сердечной недостаточности - сердечные гликозиды диуретики, коррекция метаболического ацидоза и др.  
физиотерапевтическое лечение - имопецин, электро-УВЧ, индуктотермия, ЛФК.
- Задача по терапии с ответом 9 У больного Г., 59 лет, рабочего-токаря, при расширении двигательного режима в послеоперационном периоде после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, резкая одышка смешанного характера с преимущественным инспираторным компонентом. Объективно: общее состояние больного тяжелое, возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы и видимые слизистые резко цианотичны. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в 1 минуту. При аускультации дыхание справа ослабленное, выслушивается большое количество влажных, незвучных хрипов, рассеянные сухие хрипы. Шейные вены набухшие, выявляется пульсация в III межреберье слева. Пульс ритмичный, слабый. АД - 110/70 мм рт. ст. Правая граница сердца расширена. Аускультативно: сердечные тоны приглушены, ритмичны, акцент II тона над легочной артерией. Систолический шум над всеми точками аускультации. Живот мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, умеренно болезненный.

Задание к задаче по терапии

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных обследований.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 9 :

1. Анализ крови: эр. -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты -  $9,5 \times 10^9/л$ , п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бетта - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.
2. Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.
3. ЭКГ - прилагается.
4. Рентгенография грудной клетки - прилагается.

Эталон ответов к задаче по терапии 9

1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии.
2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, электрокардиография.
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающейся аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом, крупозной пневмонией.

Купирование болевого синдрома. Снижение давления в легочной артерии. Лечение сердечной недостаточности, борьба с шоком. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия

## Ситуационные задачи по госпитальной терапии (11-12 семестры)

### БЛОК Б

#### Задача №1

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.

### **Задача №2**

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий,

при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены.

Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### **Задача №3**

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение.

В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено

санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание.

В анализах: лейкоциты  $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия.

Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения

### **Задача №4**

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на

груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,3 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты –  $217 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л;  $\gamma$ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 4 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%.

Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти- HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.
5. При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### Задача № 5

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены.

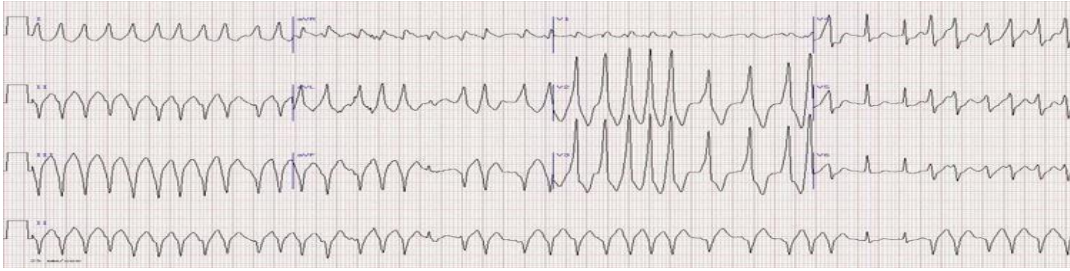
Анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты -  $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

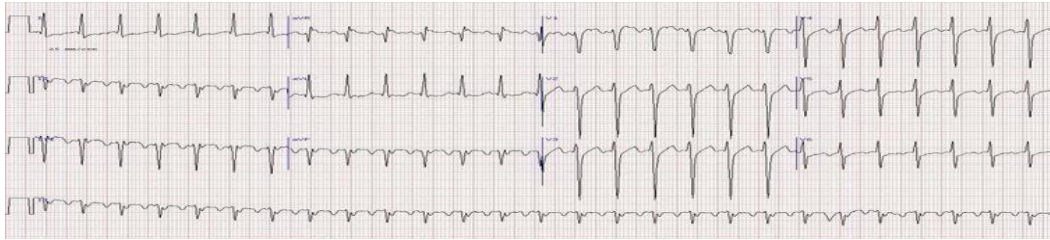
**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больного.

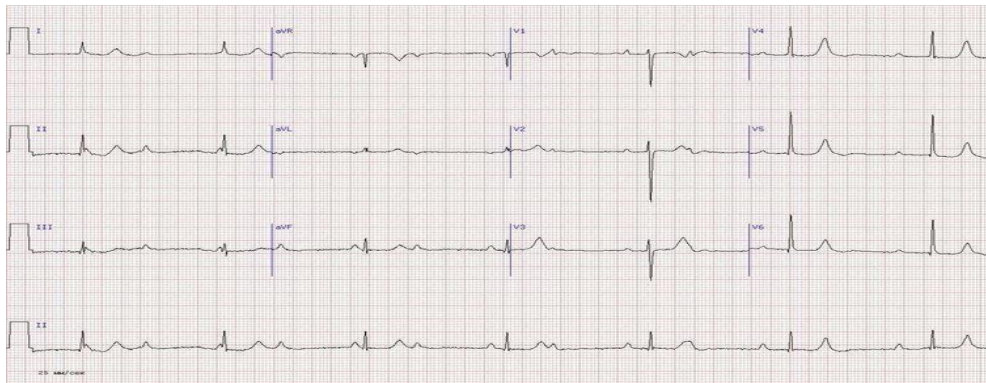
## ЭКГ



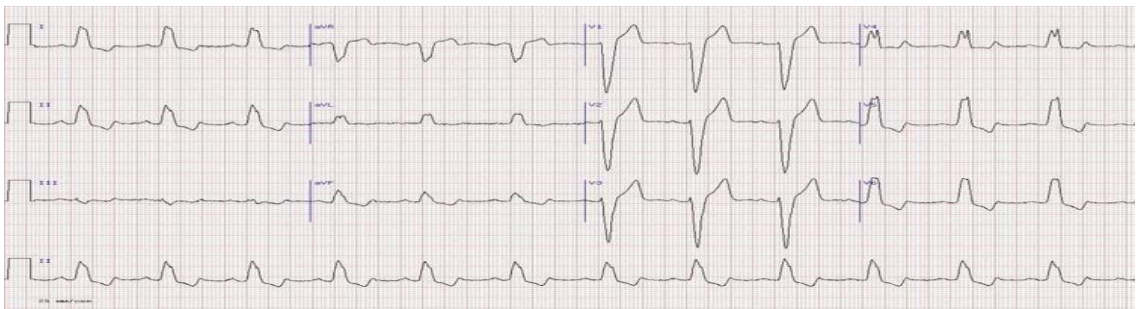
Желудочковая пароксизмальная тахикардия



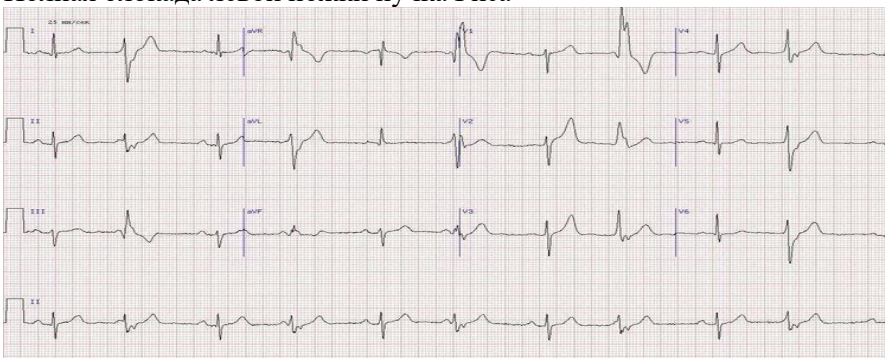
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



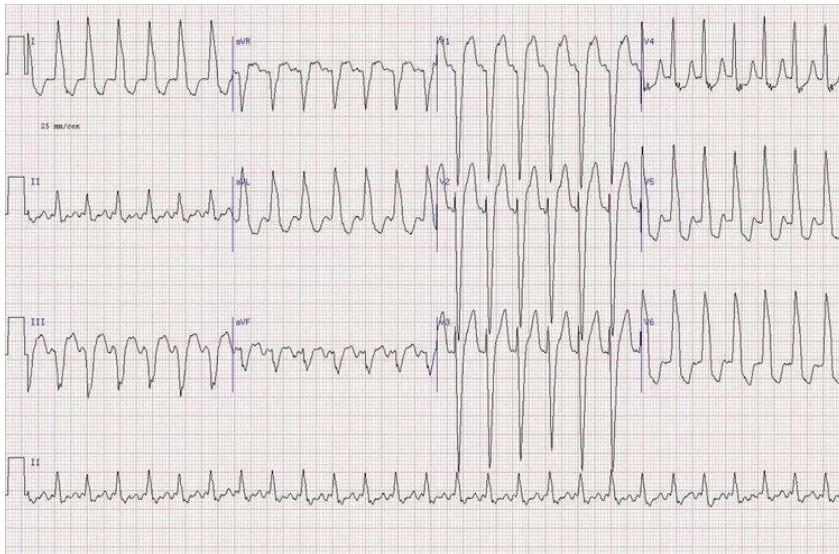
Полная АВ блокада проксимальный тип



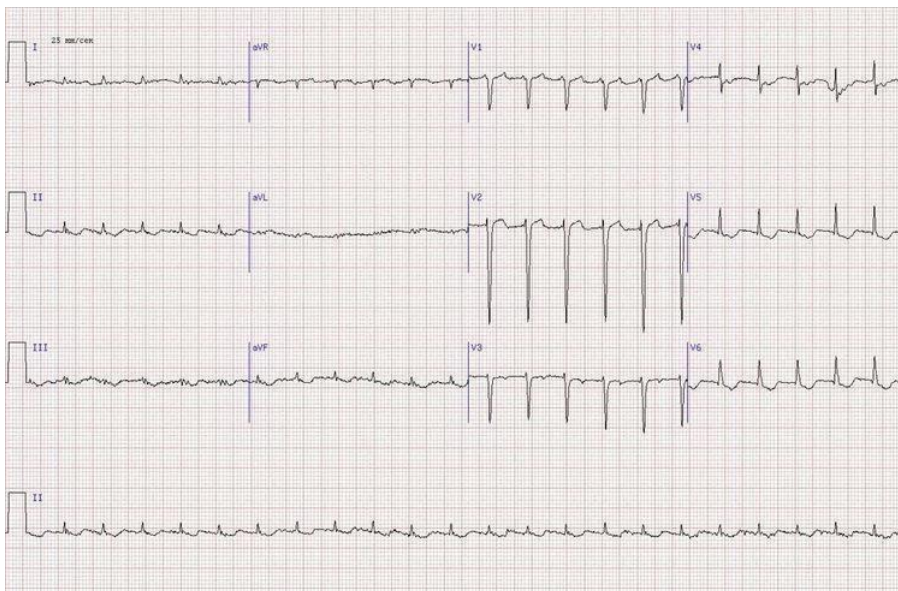
Полная блокада левой ножки пучка Гиса



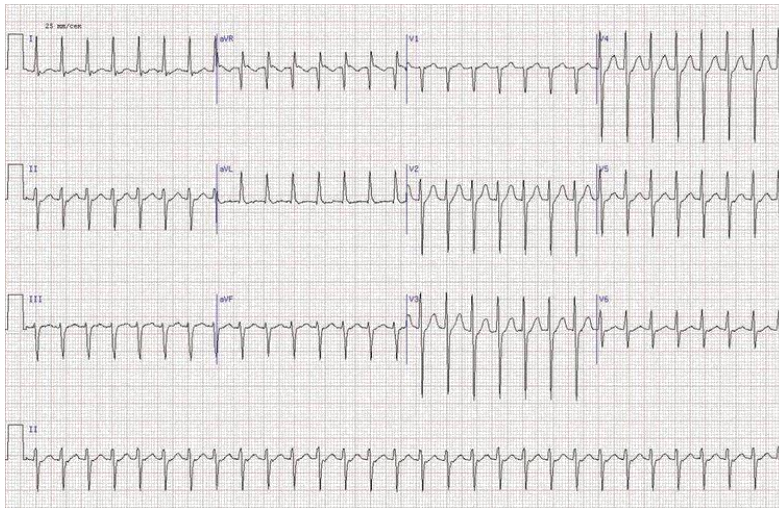
Ритм синусовый, правильный, ЧСС- 60 уд мин. ЭОС влево. Желудочковая экстрасистолия по типу бигемении



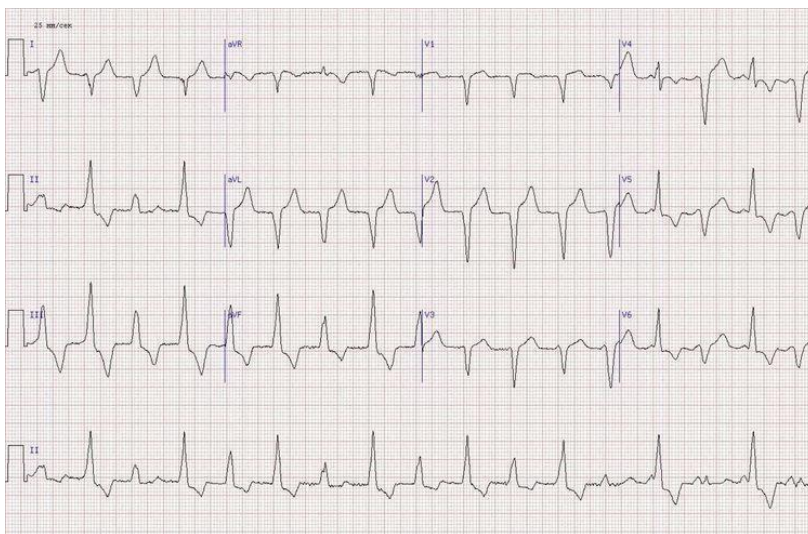
Пароксизмальная желудочковая тахикардия, ГЛЖ



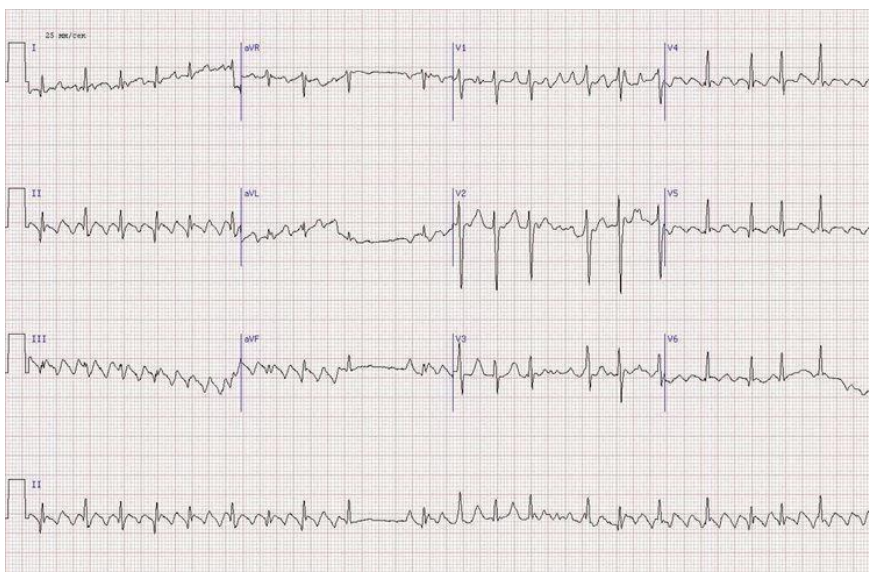
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



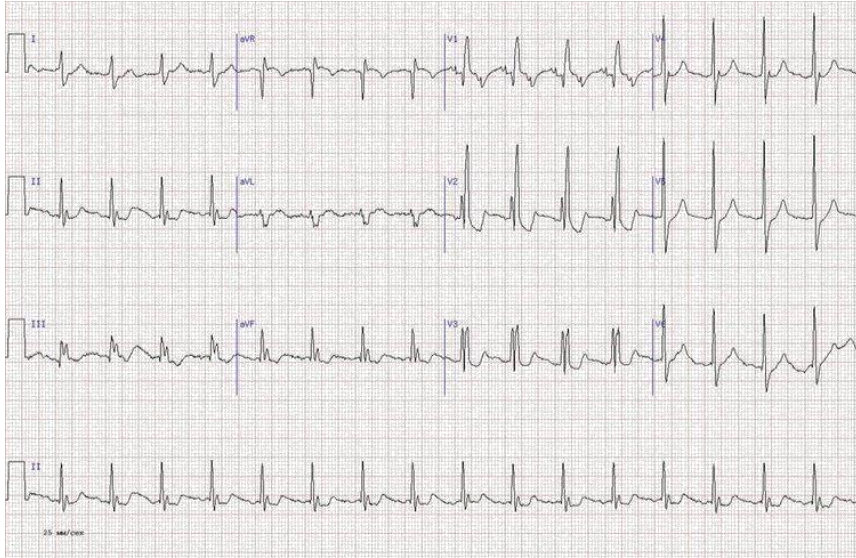
Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. ГЛЖ, ГПЖ



Экстрасистолическая аритмия по типу бигеминии



Трепетание предсердий с неправильным проведением с А-В блокадой



Полная блокада правой ножки пучка Гиса R-тип ГПЖ

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

### **БЛОК С**

1. Внешний осмотр.
2. Оценка объективного состояния больного (пальпация, перкуссия, аускультация).

### **АНАЛИЗЫ**

#### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА**

КОНСИСТЕНЦИЯ -кашицеобразная

ФОРМА - неоформленный, жидкий

СЛИЗЬ - +

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА

НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- в значительном количестве

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА ПЕРЕВАРЕННЫЕ - встречаются

МЫЛА- отсутствуют

КРАХМАЛ-отсутствует

ЛЕЙКОЦИТЫ – в большом количестве

ЭРИТРОЦИТЫ –свежие в большом количестве

ЭОЗИНОФИЛЫ –в большом количестве

ЭПИТЕЛИЙ - ++

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

ЯГЛИСТОВ – не найдены

РЕАКЦИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ +

РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН +

#### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА**

КОНСИСТЕНЦИЯ –мазевидная

КОЛИЧЕСТВО –полифекалия (больше 1 кг)

ФОРМА - неоформленный

ЦВЕТ- серо/желтый

ЗАПАХ -зловонный

РЕАКЦИЯ - щелочная

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- ++

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА- +++

СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ++

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ -++

МЫЛА- +

КРАХМАЛ-+++

ЙОДОФИЛЬНАЯ ФЛОРА: ++

ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3 в пз.

ЭРИТРОЦИТЫ –0-1 в пз

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

ЯГЛИСТОВ – не найдены

#### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ**

КОЛИЧЕСТВО -150 мл  
ЦВЕТ –мясных помоев  
РЕАКЦИЯ -кислая  
УД.ВЕС -1020  
ГЛЮКОЗА -отсутствует  
БЕЛОК -7200 мг/л  
ЭПИТЕЛИЙ ПЛ.2-3 в пз  
ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-6-5 в пз  
ЭРИТРОЦИТЫ –большое количествоЦИЛИНДРЫ:  
ГИАЛИНОВЫЕ -3-4 в пз  
ЗЕРНИСТЫЕ- 1-2 в пз  
БАКТЕРИИ- нет  
СЛИЗЬ- отсутствует  
СОЛИ - оксалаты  
МОЧА на БК +

### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ**

КОЛИЧЕСТВО -100 мл  
ЦВЕТ –соломенно/желтый  
ПРОЗРАЧНОСТЬ - полная  
РЕАКЦИЯ -кислая  
УД.ВЕС -1026  
ГЛЮКОЗА -отсутствует  
БЕЛОК -25000 мг/л  
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз  
ЛЕЙКОЦИТЫ – 6-7 в пз  
ЭРИТРОЦИТЫ:  
НЕИЗМЕНЕННЫЕ -1-3-5 в пз  
ИЗМЕНЕННЫЕ -10-15 в пз  
ЦИЛИНДРЫ:  
ГИАЛИНОВЫЕ -2-3-4 в пз  
ЗЕРНИСТЫЕ- 1-2 в пз  
ВОСКОВИДНЫЕ -1-2 в пз  
БАКТЕРИИ- отсутствуют  
СЛИЗЬ- +  
СОЛИ - отсутствуют

**СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ** -5620 мг/сут,

**СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ** – 780 мл

**СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ** 15620 мг/сут,

**СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ** – 1100 мл

**СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ** 10500 мг/сут,

**СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ** – 1300 мл

### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ**

КОЛИЧЕСТВО -50 мл  
КОНСИСТЕНЦИЯ-слизисто-гнойная  
ЦВЕТ –светло/желтая  
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз  
ЛЕЙКОЦИТЫ – 25-26-25 в пз  
ЭРИТРОЦИТЫ –нет  
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет

ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет  
БАКТЕРИИ- +

### **ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ**

КОЛИЧЕСТВО -50 мл  
ЦВЕТ –светло-желтая  
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС-1015  
БЕЛОК-1,4 г/л  
ГЛЮКОЗА – 4,38 ммоль/л  
ПРОБА РИВАЛЬТА-отрицательная  
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-2-3 в пз  
ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3 в пз  
ЭРИТРОЦИТЫ – 1-2 в пз  
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет  
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет  
АК – нет, БК - нет

### **ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ**

КОЛИЧЕСТВО -50 мл  
ЦВЕТ –мутная  
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС-1017  
БЕЛОК-6,4 г/л  
ГЛЮКОЗА – 1,38 ммоль/л  
ПРОБА РИВАЛЬТА-положительная  
ЭПИТЕЛИЙ ПЛОСКИЙ-6-10 в пз  
ЛЕЙКОЦИТЫ – 5-7 в пз  
ЭРИТРОЦИТЫ – 10-12 в пз  
ЭОЗИНОФИЛЫ-нет  
ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет  
АК –обнаружены, БК – нет  
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -8,0 ммоль/л  
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП- 4,2 ммоль/л.- **II а тип**  
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -0,9 ммоль/л  
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН -7,2 ммоль/л  
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,4 ммоль/л - **II а тип**  
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -1,3 ммоль/л  
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН - 8,3 ммоль/л  
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,2 ммоль/л- **II в тип**  
ТРИГЛИЦЕРИДЫ-3,3 ммоль/л  
ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН- 7,8 ммоль/л  
ХОЛЕСТЕРИН ЛПНП - 4,2 ммоль/л-**II в тип**  
ТРИГЛИЦЕРИДЫ -3,3 ммоль/л

### **АНАЛИЗ КРОВИ 6Б**

Нв-62 г/л,  
эритроциты- $2,2 \times 10^{12}$ /л,  
ЦП-0,84  
Лейкоциты - $1,9 \times 10^9$ /л,  
Палочко/я-2%,  
Сегменто/я-36%,  
Лимфоциты-62%,  
Моноциты-нет,  
Эозинофилы-нет.  
Тромбоциты -  $24,0 \times 10^9$ /л,

СОЭ-67 мм/ч.

В трепанобиоптате: замещение костного мозга жировой тканью.

### **АНАЛИЗ КРОВИ 6В**

Эритроциты- $2,4 \times 10^{12}$ /л,

Hb-65 г/л,

ЦП-0,81

Лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л,

Палочко/я - 6%,

Сегменто/я - 73%,

Лимфоциты - 15%,

Моноциты - 6%,

Эозинофилы –нет.

Тромбоциты -  $136,0 \times 10^9$ /л,

Ретикулоциты- 7%

СОЭ-19 мм/ч

Общий билирубин - 61 мкмоль/л, прямая фракция - 14 мкмоль/л, непрямая - 47 мкмоль/л.

Костный мозг: клеточный. Отмечается раздражение эритроидного ростка-48%.

#### Печеночные тесты:

Общий белок –76,4 г/л

Альбумины –58,2 %

Глобулины –41,8 %

не прямой-10,2 мкмоль/л

Альфа1- 5,2 %

Альфа2- 6,7 %

Бетта-10,2

Гамма-9,5 %

Коэф. А/Г-1,

Билирубин общий-67,5 мкмоль/л

прямой- 57,3 мкмоль/л

тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,9 мл

формоловая проба-отриц.

Щелочная фосфатаза-4,2 мкмоль/л

#### Печеночные тесты:

Общий белок -75,2 г/л

Альбумины -65,0 %

Глобулины -35,0 %

Альфа1- 5,6 %

Альфа2- 6,8 %

Бетта-10,5 %

Гамма-19 %

Коэф. А/Г-1,5

Билирубин:

общий-40,2 мкмоль/л

прямой-неопределяется

тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,8 мл

формоловая проба-отрицательная

---

Возраст 32 года. Аорта –не изменена (d-3,0 см). Аортальный клапан- не изменен, Раскрытие-1,8 см. Градиент давления систолич. - 5,0 мм рт ст. Степень регургитации – нет. Митральный клапан-створки уплотнены. Градиент давления диастолич.-8 мм рт ст. Регургитации нет. Трикуспидальный клапан –створки уплотнены, подвижность сохранена Степень регургитации (+). Легочная артерия - не расширена. Средний ЛАД- 24 мм рт ст. Левое предсердие –4,0 см.

Левый желудочек КДР- 5,0 см. КСР- 3,4 см. ФВ- 69 %. Толщина ЗСЛЖ- 1,3 см. Толщина МЖП- 1,5 см. Правый желудочек –2,2 см. ПСПЖ- 0,4 см. Правое предсердие – не расширено. Межпредсердная перегородка – не изменена. Перикард -без особенностей. Нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (9-10 семестры)**

### **БЛОК D**

#### **КР No 1**

##### **1. Пульмонология:**

1. Диагностические критерии атипичных пневмонии; пневмонии, вызванной стафилококком, стрептококком H. influenzae, вирусами, внутрибольничной пневмонии и пневмонии у пожилых и ослабленных больных.
2. Перечислите рентгенологические признаки атипичных пневмонии.
3. Варианты бронхиальной астмы, особенности лечения в зависимости от степени тяжести
4. Особенности ХОБЛ у молодых, пожилых, старческого возраста
5. Плевриты: диагностические критерии сухого и экссудативного плеврита
6. Гипертония малого круга: первичные и вторичные

#### **ЛАГ КР No 2**

### **КАРДИОЛОГИЯ**

1. Дайте определение кардиомиопатии.
2. Перечислите диагностические критерии различных вариантов кардиомиопатий.
3. Перечислите основные механизмы нарушений гемодинамики при кардиомиопатиях.
4. Тактика обследования и лечения при различных вариантах кардиомиопатий.
5. Дайте определение, критерии диагностики и лечения миокардиодистрофии.
6. Перикардиты: диагностические критерии сухого, экссудативного и слипчивого перикардитов.
7. Что такое "Панцирное сердце".
8. Особенности сердечной недостаточности при перикардитах.
9. Что такое "псевдоцирроз" печени.
10. Инструментальная диагностика перикардитов.
11. Показания к пункции перикарда.
12. Осложнения при экссудативном перикардите, слипчивом (констриктивном) перикардите.
13. Принципы лечения перикардитов в зависимости от этиологии, патогенетических механизмов развития и прогноз при перикардитах.
14. Этиология и патогенез экстрасистолических аритмий.
15. ЭКГ – диагностика экстрасистолических аритмий. Лечение экстрасистолических аритмий
16. ЭКГ – критерии наджелудочковой экстрасистолической аритмии.
17. Диагностические критерии желудочковой экстрасистолии.
18. Классы желудочковой экстрасистолии по Лауну.
19. Особенности лечения желудочковой экстрасистолии.
20. Определение, патогенез пароксизмальной тахикардии.
21. Клинические и ЭКГ – критерии наджелудочковой и желудочковой форм пароксизмальной тахикардии.
22. Лечение пароксизмальной тахикардии.

23. Классификация блокад ножек пучка Гиса.
24. Особенности антиаритмической фармакотерапии пароксизмальных форм нарушений ритма сердца.
25. Осложнения антиаритмической терапии.

КР No 3

#### РЕВМАТОЛОГИЯ, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

1. Перечислите варианты системной склеродермии, дерматомиозита.
2. Особенности лечения системной склеродермии и дерматомиозита в зависимости от вариантов течения.
3. Диагностические критерии системных васкулитов - узелкового периартериита, болезни Такаясу, болезни Хортона, синдрома Вегенера, Гудпасчера.
4. Лечение системных васкулитов.
5. Перечислите формы и варианты геморрагических васкулитов (ГВ)
6. Лечение ГВ в зависимости от вариантов течения.
7. Диагностические критерии и лечение болезни СРК, НЯК, Крона.
8. Перечислите варианты хронических вирусных гепатитов.
9. Лечение хронических вирусных гепатитов в зависимости от фазы болезни и от вида вируса.
10. Варианты циррозов печени, диагностические критерии.
11. Осложнения цирроза печени и их лечение.
12. Диагностические критерии гемохроматоза.
13. Диагностические критерии гепатолентикулярной дегенерации.

КР No 4

#### НЕФРОЛОГИЯ, ГЕМАТОЛОГИЯ

1. Этиология и современные концепции патогенеза амилоидоза почек.
2. Стадии амилоидоза.
3. Критерии диагностики и лечение амилоидоза в зависимости от стадий болезни.
4. Лечение и прогноз при амилоидозе
5. Причины и патогенез нефротического синдрома. Клинико-лабораторные (основные и дополнительные) критерии нефротического синдрома.
6. Лечение и прогноз нефротического синдрома. Понятие о нефротическом кризе.
7. Дайте определение ОПП и ХБП. Этиология и патогенез
8. Стадии и формы ОПП и ХБП.
9. Клиника ОПП и ХБП в зависимости от стадии. Методы оценки функционального состояния почек. Диагностика и лечение.
10. Показания к гемодиализу при острой почечной недостаточности.
11. Прогноз при ОПП и ХБП.
12. Показания и противопоказания к трансплантации почек.
13. Острые лейкозы
14. Хронические миело- и лимфолейкозы, гемобластозы
15. Миеломная болезнь.
16. ДВС-синдром.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (11 - 12 семестры)

### Вопросы к модулю No 1:

1. Дифференциальный диагноз пневмоний
2. Легочный инфильтрат, определение, этиология, критерии диагноза, дифференциальный диагноз.
3. Дифференциальный диагноз бронхиальной обструкции
4. Дифференцированная терапия пневмоний и обструктивного синдрома
5. Легочная недостаточность. Синдром легочного сердца
6. Дифференциальный диагноз при ТЭЛА, критерии диагноза и лечение.

### Вопросы к модулю No2

1. Дифференциальный диагноз кардиалгий
2. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия острого коронарного синдрома
3. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий
4. Осложнения АГ, кризы, дифференцированная терапия

### Вопросы к модулю No 3:

1. Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением возбудимости.
2. Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением проводимости
3. Дифференцированная терапия аритмий
4. Дифференциальный диагноз сердечной недостаточности.

### Вопросы к модулю No4

1. Дифференциальный диагноз систолических шумов сердца.
2. Дифференциальный диагноз диастолических шумов
3. Дифференциальный диагноз кардиомегалий
4. Дифференциальный диагноз ревматических и неревматических поражений миокарда
5. Дифференциальный диагноз и терапия суставного синдрома
6. Дифференциальный диагноз спондилоартритов
7. Дифференциальный диагноз диффузных болезней соединительной ткани
8. Дифференциальная диагностика РА с СКВ
9. Дифференциальная диагностика РА с ССД
10. Дифференциальная диагностика РА с ДМ
11. Дифференциальная диагностика реактивных артритов
12. Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Рейтера

### Вопросы к модулю No 5

1. Дифференциальная диагностика желудочной диспепсии
2. Дифференциальный диагноз кишечной диспепсии
3. Дифференцированная терапия диспепсий
4. Дифференциальный диагноз желтух с конъюгированной гипербилирубинемией
5. Дифференциальный диагноз желтух с неконъюгированной гипербилирубинемией
6. Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий

7. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы
8. Дифференциальный диагноз и неотложные мероприятия при желудочно-кишечных кровотечениях
9. Дифференциальный диагноз и неотложные мероприятия при синдроме «острый живот»

Вопросы к модулю No 6:

1. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с гематурией
2. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с протеинурией
3. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с лейкоцитурией
4. Дифференциальный диагноз и терапия гломерулонефритов
5. Дифференциальный диагноз и терапия нефротического синдрома
6. Дифференциальный диагноз вторичных нефритов
7. Дифференциальный диагноз и лечение почечной недостаточности.

Вопросы к модулю No7

1. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний щитовидной железы
2. Дифференциальный диагноз гипергликемий
3. Дифференциальная терапия сахарного диабета
4. Дифференциальный диагноз ожирения. Поражение внутренних органов.
5. Метаболический синдром

Вопросы к модулю No8

1. Дифференциальный диагноз и лечение анемий
2. Дифференциальный диагноз, лечение спленомегалий и лимфаденопатий
3. Дифференциальный диагноз и терапия гемабластозов

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Общие вопросы 1. Вопрос об определенной нозологической единице (программ факультетской терапии и госпитальной терапии 5 курса).

2. Вопрос из программы госпитальной терапии 6 курса: дифференциальная диагностика синдрома и дифференцированная терапия.
3. Вопрос о неотложном состоянии
4. Ситуационная задача
5. Практические навыки по интерпретации анализов, результатов инструментальных обследований, расшифровки ЭКГ.

Пульмонология

1. Дифференциальный диагноз пневмоний.
2. Легочный инфильтрат, определение, этиология, критерии диагноза, дифференциальный диагноз
3. Дифференциальный диагноз бронхиальной обструкции и удушья
4. Дифференцированная терапия пневмоний и обструктивного синдрома
5. Легочная недостаточность. Синдром легочного сердца.
6. Неотложные состояния в пульмонологии.

## Кардиология

7. Дифференциальный диагноз кардиалгий
8. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия острого коронарного синдрома
9. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий
10. Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением возбудимости и проводимости
11. Дифференцированная терапия аритмий
12. Дифференциальный диагноз и терапия сердечной недостаточности.

## Ревматология

13. Дифференциальный диагноз систолических шумов
14. Дифференциальный диагноз диастолических шумов
15. Дифференциальный диагноз кардиомегалий
16. Дифференциальный диагноз ревматических и неревматических поражений миокарда
17. Дифференциальный диагноз и терапия суставного синдрома
18. Дифференциальный диагноз диффузных болезней соединительной ткани
19. Дифференциальный диагноз лихорадочных состояний
20. Иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней.

## Гастроэнтерология

21. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия желудочной диспепсии
22. Дифференциальный диагноз и дифференциальная терапия кишечной диспепсии
23. Дифференциальный диагноз желтух с конъюгированной гипербилирубинемией
24. Дифференциальный диагноз желтух с неконъюгированной гипербилирубинемией
25. Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий
26. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы

## Нефрология

27. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с гематурией
28. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с протеинурией
29. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с лейкоцитурией
30. Дифференциальный диагноз и терапия гломерулонефритов
31. Дифференциальный диагноз и терапия нефротического синдрома
32. Дифференциальный диагноз вторичных нефритов
33. Дифференциальный диагноз и лечение почечной недостаточности

## Эндокринология

34. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний щитовидной железы
35. Дифференциальный диагноз гипергликемий
36. Дифференциальная терапия сахарного диабета

37. Дифференциальный диагноз ожирения. Поражение внутренних органов. Метаболический синдром.
38. Неотложные состояния в эндокринологии Гематология
39. Дифференциальный диагноз и лечение анемий
40. Дифференциальный диагноз и терапия гемобластозов
41. Особенности лечения болезней внутренних органов в пожилом возрасте

**Перечень видов оценочных средств  
ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТОВ (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»):**

- «Отлично» - 85-100 % правильных ответов
- «Хорошо» - 70-84 % правильных ответов
- «Удовлетворительно» - 60-69% правильных ответов
- «Неудовлетворительно» - менее 60% правильных ответ

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Пример задачи**

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купировавшейся Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца. При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на лёгочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Печень у края рёберной дуги, периферических отёков нет. Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации. На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой. Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз. 2.Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете? 3. Дополнительные методы обследования. 4.Лечебная тактика, выбор препаратов.

**Эталон ответа к ситуационной задач:** 1. КБС. ОИМ передне-перегородочной области ЛЖ. Гипертоническая болезнь. 2. Желудочковая экстрасистолическая аритмия III ст по Lown. 3. Экстренное КАГ-исследование, липидный спектр, креатинин, АЛТ, АСТ, электролиты, ССК, ЭКГ в динамике, ЭХОКГ 4. Лечение: Тромболитики, экстренное КАГ-исследование с последующими ангиопластикой со стентированием или АКШ; антиагреганты, антикоагулянты, бета-блокаторы, иАПФ, статины.

**Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)**

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы /85-100
- Решение правильное, не полное / 70-84
- Решение неполное, включает один из приведенных выше элементов / 60-69 · Все элементы записаны неверно / 0-59

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
	ФОРМА	20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также	0-10

2	внутри частей	
СОДЕРЖАНИЕ		60
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		20
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3	Выполнение регламента	0-5
<b>Всего баллов</b>		<b>100</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

	Нет ответа -0 баллов	Минимальный ответ - 31-59 %	Изложенный, раскрытый ответ	Законченный полный ответ - 70-84 %	Образцовый, примерный, достойный  ответ - 85-100 %	
Раскрытие Проблемы	-	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.	
Представление	-	Представляемая информация логически не связана.	Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	
Оформление	-	Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации	3-4 ошибки в представляемой информации	Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Отсутствуют ошибки в представленной информации	
Ответы на Вопросы	-	Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные Или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений	
		<b>неудовлетворител</b>	<b>удовлетворительн</b>	<b>Хорошо</b>		

Итоговая Оценка		ьно	о		отлично	
--------------------	--	-----	---	--	---------	--

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

	Нет ответа -0 баллов	Минимальный ответ - 31-59%	Изложенный, раскрытый ответ - 65-69 %	Законченный полный ответ – 69- 84 %	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 %
Раскрытие Проблемы		Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы	Проблема раскрыта. Проведен анализ Проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.
		информация логически не связана. Не использованы профессиональн ые термины.	информация не систематизирова на и не последовательна. Использован 1-2 профессиональн ых термина	информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2-х профессиональных терминов.	информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.
Оформлени е		Не использованы информационные технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации	Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой информации	Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2-х ошибок в представляемой информации	Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представленной информации
Ответы На вопросы		Нет ответов на вопросы	Только ответы на элементарные вопросы	Ответы на вопросы полные или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений
Итоговая оценка		неудовлетворит ельно	удовлетворител ьно	Хорошо	отлично

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

### Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

1. Знание основных разделов госпитальной терапии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

### Оценка устных и письменных ответов на проверку уровня обучения «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ» (в %)

Отметкой **(85-100)** оценивается ответ, который изложен логически правильно в доступной форме соответственно терминологии применяемый в госпитальной терапии, а также в целом в медицине. Студент показывает отличные знания этиологии и патогенезе внутренних заболеваний; способен выделить симптомы и синдромы, поставить клинический диагноз; знает особенности клинического течения, диагностики, лечения и прогноза внутренних заболеваний.

Отметкой **(70-84)** оценивается ответ, который показывает хорошие знания в вопросах внутренних заболеваний, особенностей постановки клинического диагноза, этиологии, патогенеза и течения заболеваний, диагностики, лечения и прогноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 1 – 2 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(60-69)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах внутренних заболеваний, особенностей клинического течения, диагностики, лечения и прогноза заболеваний, средние знания об этиологии и патогенезе заболеваний; слабо разбирается в вопросах постановки клинического диагноза. Дает не полный ответ или не ориентируется по 3 вышеперечисленным элементам.

Отметкой **(0-59)** оценивается ответ, который показывает крайне слабые знания в вопросах внутренних заболеваний. Студент не ориентируется в вопросах этиологии, патогенеза, особенностях клинического течения, диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний, допускает серьезные ошибки в содержании ответа. Демонстрирует не понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию, не выполняет.

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)**

Отметкой **(85-100)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, студент называет способы исследования, демонстрирует методику исследования, дает четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(70-84)** оценивается правильное выполнение методики осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, демонстрирует методику исследования, дает не четкие инструкции при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы и индивидуальный подход к пациенту.

Отметкой **(60-69)** оценивается выполнение методики осмотра пациента, студент дает не полное название способов исследования, при демонстрации методики исследования допускает неточности, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, соблюдает этико-деонтологические принципы.

Отметка **(0-59)** выставляется при не проведении методики осмотра пациента, студент не называет способы исследования, не может продемонстрировать методику исследования, затрудняется давать инструкции пациенту при проведении проб, отсутствует индивидуальный подход к пациенту.

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИЗОВ**

Оценивается наличие полной интерпретации лабораторных анализов.

#### ***При интерпретации анализов:***

85-100% - оценка «отлично» - указана полная интерпретация анализов, какие изменения отмечаются, при каких заболеваниях или состояниях встречаются.

70-84% - оценка «хорошо» - интерпретация анализов указана не в полном объеме, например, не указаны все заболевания (состояния), при которых встречаются данные изменения.

60-69% - оценка «удовлетворительно» - указана нечеткая интерпретация анализов, например, какие изменения отмечаются, или при каких заболеваниях или состояниях встречаются.

0-59% - оценка «неудовлетворительно» - неверно интерпретирован анализ.

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКГ

1. Оценивается наличие полной расшифровки ЭКГ согласно протоколам расшифровки электрокардиограмм.

<b>Градации оценивания ЭКГ</b>	<b>Критерии оценивания и %</b>
Ритм синусовый или несинусовый	Указано верно – 10% Указано неверно- 0%
Ритм правильный или неправильный	Указано верно – 10% Указано неверно- 0%
ЧСС	Указано верно – 10% Указано неверно – 0%
ЭОС	Указано верно – 10% Указано неверно – 0%
Заключение	Указано верно – 60% Указано неверно – 0%