Ситуационные задачи для выявления и закрепления профессиональных компетенций

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **ПК** | **Ситуационные задачи** |
| 1. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6  | 1. Больной 52 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль головокружение, кожный зуд, кровоточивость десен‚ боли в ногах. Два-три года назад стал отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тяжесть в голове. Состояние значительно ухудшилось за последние 6 месяцев, когда появились мигренеподобные головные боли кожный зуд, усиливающиеся после приема ванны, кровоточивость десен, приступообразные боли в пальцах стоп. Объективно: кожные покровы с красно - цианотичным оттенком, особенно на лице и ладонях. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны легких и сердца без особенностей. АД - 170/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, селезенка выступает из-под реберья на 1 см, плотная, безболезненная. Анализ крови: НЬ - 201 г/л, эр. - 7,3х1012/л, цв. пок. - 0.95. лейк. — 18.3х109/л. Баз. - 0%. Эоз. - 15%. п/я - 5%‚ с/я - 50%. лимф. — 25%. мон. -5%. тромб - 500х1О9/л. СОЭ - 1 мм/час. Наиболее вероятная причина эритроцитоза? А. Хронический миелолейкоз Б. Эритремия В. Симптоматический эритроцитоз Г. Болезнь Де Гульельмо |
| 2. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6  | 2. Больной 52 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение, кожный зуд, кровоточивость десен, боли в ногах. Два-три года назад стал отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тяжесть в голове. Состояние значительно ухудшилось за последние 6 месяцев, когда появились мигренеподобные головные боли, кожный зуд, усиливающиеся после приема ванны, кровоточивость десен, приступообразные боли в пальцах стоп. Объективно: кожные покровы с красно - цианотичным оттенком, особенно на лице и ладонях. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны легких и сердца без особенностей АД - 170/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, селезенка выступает из-под реберья на 1 см, плотная, безболезненная.Анализ крови: НЬ - 201 г/л, Эр. – 7,3х1012/л‚ цв. пок. — 0.95, лейк. - 18,3х109/л, баз. — 0%, эоз - 15%. п/я - 5%, (Л - 50%‚лимф. - 25%‚ мон. -5%, тромб. - 500х109/л, СОЭ - 1мм/час. Какие изменения со стороны костного мозга Вы ожидаете? А. Гиперплазия миелоидного ростка Б. Гиперплазия тромбоцитарного ростка В. Аплазия всех ростков кроветворения Г. Гиперплазия всех ростков кроветворения  |
| 3. | ОПК-8ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 | Больной 52 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение, кожный зуд, кровоточивость десен, боли в ногах. Два—три года назад стал отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тяжесть в голове. Состояние значительно ухудшилось за последние 6 месяцев, когда появились мигренеподобные головные боли кожный зуд‚ усиливающиеся после приема ванны, кровоточивость десен, приступообразные боли в пальцах стоп. Объективно: кожные покровы с красно - цианотичным оттенком особенно на лице и ладонях. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны легких и сердца без особенностей. АД - 170/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, селезенка выступает из-под реберья на 1 см, плотная‚ безболезненная. Анализ крови: НЬ — 201 г/л, Эр - 7,3х1012/л, цв.п. - 0.95. лейк – 18,3\* 109/л. баз. - 0%, эоз-15%, п/я -5% с/я - 50% лимф. -25%‚ мон. -5%. тромб. - 500х109/л, СОЭ - 1 мм/час. Выберите наиболее правильную тактику лечения: А. Наблюдение Б. Лечение по программе «7+3» цитозаром и рубомицином В. Лечение по схеме ЦОАП Г. Кровопускания и назначение антиагрегантов  |
| 4. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6  | Больной М. 20 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, рвоту одышку, тупые боли в пояснице уменьшение количества выделения мочи. Заболел 2 дня назад, когда повысилась температура, появились головные боли и боли в пояснице‚ отмечал выделение мочи красного цвета. При осмотре: одутловатое лицо пастозность голеней. В легких в нижних отделах с обеих сторон небольшое количество влажных хрипов. На верхушке сердца систолический шум, пульс напряжен 90 в мин. АД 180/ 120 мм рт. ст. С обеих сторон положительный симптом Пастернацкого. Предполагаемый диагноз? 1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант 2. Острый гломерулонефрит 3. Острый пиелонефрит 4. Острый пиелонефрит, ОПН |
| 5. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной Н‚.65 лет, жалуется на частые перебои, ощущение замирания и остановки сердца, одышку, боли за грудиной при физическом напряжении, приступы потери сознания. 4 года назад перенес трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда. В течение 2-х последних лет стал отмечать чувство замирания и перебоев в сердце. Изредка были кратковременные (несколько секунд) приступы потери сознания. Объективно: цианоз губ, пастозность голеней. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс: - 38 в мин., без дефицита. Живот мягкий, печень на 2 см ниже реберной дуги. На ЭКГ: ритм правильный — 38 в мин. Р-Q= 0.24 сек., выпадает каждый второй желудочковый комплекс. Отклонение электрической оси влево. Клинические и биохимические анализы крови - без отклонения от нормы. Укажите причину аритмии: 1. Желудочковая экстрасистолия 2. Полная поперечная блокада 3. АВ блокада 2 ст. тип 2 4. АВ блокада 2 ст. тип 1 |
| 6. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 63 лет, находился в отделении ИБС по поводу острого инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. Данные объективного осмотра не внушали серьёзных опасений, хрипов в легких не обнаружено. Пульс ритмичный-62 удара в мин. Тоны сердца несколько приглушены. Печень выступает из-под реберья на 3-4 см плотно - эластической консистенции. Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ регистрируется глубокий зубец Q и отрицательный зубец Т в III и АVF отведениях. Заболевание протекало гладко, без осложнений. Нарушение ритма не отмечено. Однако на 12 день, когда больному разрешили садиться в кровати, внезапно развился тяжелый приступ удушья - появилась одышка в задненижних отделах с обеих сторон единичные влажные хрипы. Пульс участился до 104 ударов в мин. При выслушивании сердца — грубый систолический шум на верхушке с иррадиацией в подмышечную область. Увеличения размеров печени по сравнению с днем поступления не отмечено. На ЭКГ динамика зубцов и интервалов не произошло. Как оценить произошедшие перемены в состоянии больного? 1. Развитием повторного инфаркта миокарда 2. Развитием синдрома Дресслера 3. Отрывом папиллярной мышцы и формированием острой митральной недостаточности 4. Пароксизмом желудочковой тахикардии |
| 7. | ОПК-8ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11  | Больной С., 63 лет, находился в отделении ИБС по поводу острот инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. Данные объективного осмотра не внушали серьёзных опасений. Хрипов в легких не обнаружено. Пульс ритмичный-62 удара в мин., тоны сердца несколько приглушены. Печень выступает из-под реберья на 3-4 см, плотно - эластической консистенции. Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ регистрируется глубокий зубец Q и отрицательный зубец Т в III и АVF отведениях. Заболевание протекало гладко, без осложнений. Нарушение ритма не отмечено. Однако на 12 день, когда больному разрешили садиться в кровати, внезапно развился тяжелый приступ удушья - появилась одышка, в задненижних отделах с обеих сторон единичные влажные хрипы, пульс участился до 104 ударов в мин. При выслушивании сердца —грубый систолический шум на верхушке с иррадиацией в подмышечную область. Увеличения размеров печени по сравнению с днем поступления не отмечено. На ЭКГ динамика зубцов и интервалов не произошло. Неотложные мероприятия у постели больного? 1. Наркотические анальгетики, лазикс в/в, кислород 2. Строфантин в/в, лазикс 3. Лидокаин в/в, допамин 4. Кордарон в/в капельно. лазикс в/в  |
| 8. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 18 лет, поступил в клинику для обследования. Во время прохождения призывной комиссии было обнаружено высокое АД 230/140 мм рт.ст. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Сердце перкуторно увеличено влево. ЧСС-68 в мин.‚ ритм правильный. АД 220/140 мм рт.ст. Пульсация сосудов нормальная на всех точках. Над пупком слева выслушивается нежный систолический шум. Анализы крови и мочи без изменений. Рентгеноскопия органов грудной полости - гипертрофия левого желудочка. Ваши предварительные суждения о причине повышения АД? 1. Врожденный порок сердца — дефект межпредсердной перегородки 2. Коарктация аорты 3. Врожденная дисплазия левой почечной артерии 4. Гипертоническая болезнь  |
| 9. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 18 лет, поступил в клинику для обследования. Во время прохождения призывной комиссии было обнаружено высокое АД 230/140 мм рт.ст. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Сердце перкуторно увеличено влево. ЧСС-68 в мин.‚ ритм правильный. АД 220/140 мм рт.ст. Пульсация сосудов нормальная на всех точках. Над пупком слева выслушивается нежный систолический шум. Анализы крови и мочи без изменений. Рентгеноскопия органов грудной полости - гипертрофия левого желудочка.Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 1. УЗИ почек 2. ЭХОКГ 3. Экскреторная урография 4. Аорторенография  |
| 10. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной М..45 лет, поступил в больницу с жалобами на сильное сердцебиение, боли в сердце, заболел остро - за 3 часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре появилось сердцебиение. Инъекции, сделанные врачом скорой помощи, облегчения не принесли, и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое: бледен, небольшой цианоз губ, конечности холодные, тоны сердца глухие, ритм правильный, тахикардия -180 уд.в мин.‚ пульс слабый без дефицита. АД 7О/50 мм рт.ст. На ЭКГ – тахикардия - ЧСС 180 в мин., расстояния R- R одинаковые, желудочковый комплекс расширен и деформирован по типу блокады левой ножки. Лейкоциты крови -14х10 9 /л. Назовите наиболее вероятный диагноз? 1. ИБС, инфаркт миокарда. Пароксизм желудочковой тахикардии.2. ИБС‚ инфаркт миокарда. Пароксизм суправентрикулярной тахикардии.3. ИБС, пароксизм мерцательной тахиаритмии. 4. ИБС, инфаркт миокарда. Пароксизм желудочковой тахикардии. Аритмогенный кардиогенный шок.  |
| 11. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больной М..45 лет, поступил в больницу с жалобами на сильное сердцебиение, боли в сердце, заболел остро - за 3 часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре появилось сердцебиение. Инъекции, сделанные врачом скорой помощи, облегчения не принесли, и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое: бледен, небольшой цианоз губ, конечности холодные, тоны сердца глухие, ритм правильный, тахикардия -180 уд.в мин.‚ пульс слабый без дефицита. АД 7О/50 мм рт.ст. На ЭКГ – тахикардия - ЧСС 180 в мин., расстояния R- R одинаковые, желудочковый комплекс расширен и деформирован по типу блокады левой ножки. Лейкоциты крови -14х1012 /л. Какие экстренные мероприятия необходимо провести больному? 1. Наркотические аналгетики в/в, строфантин в/в, допамин в/в 2. Наркотические аналгетики в/в, лидокаин в/в. допамин в/в 3. Нитроглицерин в/в капельно, наркотические аналгетики 4. Наркотические аналгетики в/в‚ новокаинамид в/в |
| 12. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 58 лет. Около 10 лет страдает гипертонической болезнью. Цифры АД постоянно высокие до 210/110 мм рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние не улучшилось, удушье нарастало, дыхание стало клокочущим, появился кашель с пенисто- кровянистой мокротой. При измерении АД 280/150 мм рт.ст. В легких масса влажных хрипов, пульс частый напряжен, тоны сердца глухие. Укажите наиболее вероятную причину настоящего состояния: 1. Развитие острого нарушения мозгового кровообращения на фоне гипертонического криза. 2. Развитие отека легких вследствие гипертонического криза.3. Развитие острой правожелудочковой недостаточности вследствие гипертонического криза. 4. Присоединением двусторонней пневмонии. |
| 13. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больной С. 58 лет. Около 10 лет страдает гипертонической болезнью. Цифры АД постоянно высокие до 210/110 мм рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха, сел в постели, попросил открыть окно, состояние не улучшилось, удушье нарастало, дыхание стало клокочущим, появился кашель с пенисто- кровянистой мокротой. При измерении АД 280/150 мм рт.ст. В легких масса влажных хрипов, пульс частый напряжен, тоны сердца глухие. Окажите больному неотложную помощь1. Строфантин в/в капельно, фуросемид, кислород
2. итропруссид натрия в/в капельно, лазикс в/в, кислород

 3. Энам, фуросемид, кислород 4. Адельфан, фуросемид, кислород |
| 14. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной К. ‚60 лет‚ поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на сердцебиение, слабость, кашель. В анамнезе перенесений инфаркт миокарда 5 месяцев назад. Сердцебиение началось за 6 часов до поступления в стационар. Объективно: ритм сердца правильный, подсчет сердечных сокращений затруднен из-за большой частоты, тоны глухие. А/Д 100/60 мм рт.ст. В легких в нижних отделах масса влажных хрипов. ЭКГ: ритм правильный. ЧСС 167 в 1 мин. Зубцы Р определить не удается, желудочковый комплекс деформирован, широкий — более 0.14сек. На ЭКГ‚ снятой ранее, рубцовые очаговые изменения переднее — боковой стенки левого желудочка. Поставьте диагноз. 1. ИБС постинфарктный кардиосклероз, пароксизм суправентрикулярной тахикардии 2. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, пароксизм желудочковой тахикардии 3. ИБС, повторный инфаркт миокарда 4. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, пароксизм мерцательной тахиаритмии. |
| 15. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больной К. ‚60 лет‚ поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на сердцебиение, слабость, кашель. В анамнезе перенесений инфаркт миокарда 5 месяцев назад. Сердцебиение началось за 6 часов до поступления в стационар. Объективно: ритм сердца правильный, подсчет сердечных сокращений затруднен из-за большой частоты, тоны глухие. А/Д 100/60 мм рт.ст. В легких в нижних отделах масса влажных хрипов. ЭКГ: ритм правильный. ЧСС 167 в 1 мин. Зубцы Р определить не удается, желудочковый комплекс деформирован, широкий — более 0.14сек. На ЭКГ‚ снятой ранее, рубцовые очаговые изменения переднее — боковой стенки левого желудочка. Для оказания неотложной терапии выберите одну из схем лечения: 1. Строфантин в/в, лазикс в/в 2. Лидокаин в/в, кислород 3. Мезатон в/в, строфанти в/в 4 Лазикс в/в, кислород |
| 16. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С.‚ 18 лет, поступил в клинику для обследования. Во время прохождения призывной комиссии было обнаружено высокое АД - 230/140 мм рт.ст. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Сердце перкуторно увеличено влево. ЧСС - 60 в мин, ритм правильный. АД - 220/140 мм. рт.ст. Пульсация сосудов на нижних конечностях ослаблена. В мезогастрии слева выслушивается систолический шум. Анализ крови и мочи без изменений. Рентгеноскопия органов грудной клетки - гипертрофия левого желудочка, узурация 3-8 ребер с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз? 1. Врожденный порок сердца — дефект межпредсердной перегородки 2. Коарктация аорты 3. Врожденная дисплазия левой почечной артерии 4. Гипертоническая болезнь |
| 17. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С.‚ 18 лет, поступил в клинику для обследования. Во время прохождения призывной комиссии было обнаружено высокое АД - 230/140 мм рт.ст. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Сердце перкуторно увеличено влево. ЧСС - 60 в мин, ритм правильный. АД - 220/140 мм. рт.ст. Пульсация сосудов на нижних конечностях ослаблена. В мезогастрии слева выслушивается систолический шум. Анализ крови и мочи без изменений. Рентгеноскопия органов грудной клетки - гипертрофия левого желудочка, узурация 3-8 ребер с обеих сторон.Какие исследования необходимо провести для подтверждения предварительного диагноза? 1. ЭХОКГ 2. УЗИ почек 3. Аортография 4. Рентгенография сердца в 3-х проекциях  |
| 18. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С.,14 лег, поступил в клинику инфекционных болезней с жалобами на слабость, желтушное окрашивание кожи и склер, боли в правом подреберье. Болеет с 3 лет, когда впервые появилась желтуха. В последние годы желтуха не проходила, но иногда интенсивность уменьшалась. Лечение не помнит. Наследственность здоровая. Объективно развивается нормально. Кожа и склеры желтушны. Живот болезнен в правом подреберье. Печень выступает из подреберья на 4 см‚. плотновата, безболезненна. Селезенка выходит из-под реберной дуги на 6 см, плотная, безболезненная. Ан.крови: HB-60 г/л.Эр-2.0х1012/л. ЦП-0.9. Л-6.0\*109/л. э-1. п-2‚ с—63. л-30. М- 4, СОЭ-15 мм в час. Микросфероциты. Ретикулоциты 11%. Билирубин: общий-58 мкмоль/л, непрямая фракция-48 мкмоль/л‚ прямая фракция-10.0 мкмоль/л. Резистентность эритроцитов: мин‚-0\_59‚ макс.-0.49. Миелограмма: эритропоэз оживлен. Сферический индекс-3 (микро-сфероцитоз). СДЭ-б мкм‚ СТЭ-2‚7 мкм. Составьте ваше заключение: 1. Наследственная серповидно - клеточная анемия 2. Талассемия 3.Наследственный микросфероцитоз 4. Доброкачественная гипербилирубинемия  |
| 19. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная Т. 20 лет, поступила о жалобами на подкожные кровоизлияния различной величины на руках и ногах. Заболела 5 дней назад. Не лечилась. Объективно: на руках и ногах подкожные кровоподтеки различной величины багрового и синюшного цвета. Симптом жгута слабо положительный. Печень и селезенка не увеличены. Менструальный цикл не нарушен, месячные обильные. Предварительный диагноз. 1. Гемофилия 2. Геморрагический васкулит Шейлейн — Геноха 3. Болезнь Маркиафавы Микели 4. Тромбоцитопеническая пурпура  |
| 20. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная К.,32 лет, поступила в клинику с жалобами на появление высыпаний на коже голеней, кожный зуд, боли в голеностопных и коленных суставах, их припухлость и ограничение движений из-за болезненности. Заболевание началось две недели назад, когда после перенесенной ангины появились все вышеуказанные симптомы. До настоящего времени ничем не болела. В анамнезе частые катары верхних дыхательных путей и ангины. Объективно: При поступлении состояние удовлетворительное, на коже голеней имеются симметричные пурпурные высыпания, точечные, различной окраски (от ярко красной до цвета синяков), слегка выступающие над поверхностью кожи. Суставы голеностопные и коленные припухшие, движения в них болезненны. Со стороны сердца и легких - без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Укажите вероятный диагноз: 1. Ревматоидный артрит
2. Геморрагический васкулит Шейлейн — Геноха
3. Системная красная волчанка
4. Тромбоцитопеническая пурпура
 |
| 21. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 | Больная М. 50 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в мышцах и суставах верхних конечностей, выраженную слабость, затруднение при глотании пищи. Больна 2 месяца. Развитие заболевания связывает о тяжелой психической травмой. Объективно отмечается отек и гиперемия кожи лица и век, передняя поверхность шеи, грудной клетки ярко-красного цвета. Мышцы верхних конечностей, особенно плечевого пояса, местами уплотнены, болезненны при пальпации. Болезненны также движения в суставах. Составить план лечения: 1. Гидрокортизон в/в 120 мг ежедневно
2. Делагил 50 мг/сут
3. Преднизолон 50 мг/сут в тб.
4. Преднизолон 30 мг в/в
 |
| 22. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 62 лет вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день. Объективно: цианоз губ. В легких аускультативно в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Сердце расширено, влево на 1 см. тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД - 95/65 мм рту ст. ЧСС - 160 в минуту. Пульс -124 в минуту. Дефицит -36 в минуту. Печень у края реберной дуги. Какое нарушение ритма следует предполагать и почему? 1. Пароксизм желудочковой тахикардии 2. Пароксизм суправентрикулярной тахикардии 3. Пароксизм синусовой тахикардии 4. Пароксизм мерцательной тахиаритмии  |
| 23. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9  | Больной 62 лет вызвал СМП по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 10 сигарет в день. Объективно: цианоз губ. В легких аускультативно в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Сердце расширено, влево на 1 см. тоны аритмичные, разной звучности, шумов нет. АД - 95/65 мм рту ст. ЧСС - 160 в минуту. Пульс -124 в минуту. Дефицит -36 в минуту. Печень у края реберной дуги. Назначения: дигоксин, изоптин, поляризующая смесь. На следующий день частота сердечных сокращений около 80 в минуту, но аритмия остается. АД -120/75 мм рт. ст. Ваши предложения по дальнейшей плановой терапии? Выберите тактику лечения: 1. Продолжить прием дигоксина и изоптина 2. Атенолол в табл. + дигоксин 3. Хинидина сульфат в сут. дозе 1‚6 гр по 0,2 через каждые 2 часа 4. Лидокаин 80 мг в/в струйно, затем 120 мг в/в капельно.  |
| 24. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 20 лет, поступил в тяжелом состоянии. Сонлив‚ отеки лица, ног, поясницы, подкожной клетчатки живота. В легких дыхание жесткое, в задненижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс - 84 в минуту, АД -170/130 мм рт.ст. Печень у реберной дуги. Суточный диурез - 50 мл. Анализ мочи: относительная плотность -1030, белок. 33 г/л. Эритр. 100—150 в п/зр., лейк. - 5-6 в п/зр., гиалиновые и зернистые цилиндры в большом количестве.Анализ крови: НЬ -100 г/л. эр, - 3.0х1012/л, лейк. 9.5х109/л‚ СОЭ -34 мм/час. Мочевина крови - 24,2 ммоль/л: креатинин - 520 мкмоль/л. калий сыворотки - 7.0 ммоль/л, натрий -126 ммоль/л, хлор -88 ммоль/л КЩС - рН - 7.34. На ЭКГ: ритм синусовый, РQ 0.26 с нарушением проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т высокие остроконечные, с узким основанием.Какое заболевание почек и его форма? Выберите правильный ответ: 1. Острый пиелонефрит. ОПН 2. Хронический гломерулонефрит. ХПН 3. Острый гломерулонефрит. ОПН 4. Хронический пиелонефрит, ХПН  |
| 25. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 20 лет, поступил в тяжелом состоянии. Сонлив‚ отеки лица, ног, поясницы, подкожной клетчатки живота. В легких дыхание жесткое, в задненижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс - 84 в минуту, АД -170/130 мм рт.ст. Печень у реберной дуги. Суточный диурез - 50 мл. Анализ мочи: относительная плотность -1030, белок. 33 г/л. эритрт 100—150 в п/зр. лейк. - 5-6 в п/зрю, гиалиновые и зернистые цилиндры в большом количестве.Анализ крови: НЬ -100 г/л. эр, - 3.0х1012/л, лейк. 9.5х109/л‚ СОЭ -34 мм/час. Мочевина крови - 24,2 ммоль/л: креатинин - 520 мкмоль/л. калий сыворотки - 7.0 ммоль/л, натрий -126 ммоль/л, хлор -88 ммоль/л КЩС - рН - 7.34. На ЭКГ: ритм синусовый, РQ 0.26 с нарушением проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т высокие остроконечные, с узким основанием.Как объяснить изменения на ЭКГ? 1. Гипокалимия 2. Гипонатримия 3. Гиперкалимия 4. Гипернатримня  |
| 26. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 65 лет, поступил в клинику с жалобами на перебои в работе сердца, ощущения замирания и остановки сердца, одышку, давящие боли за грудиной при физическом напряжении, кратковременные приступы потери сознания. 4 года назад перенес трансмуральный передне- перегородочный инфаркт миокарда. В течение последних 2-х лет стал отмечать чувство замирания и перебои в работе сердца, иногда кратковременные (на несколько секунд) приступы потери сознания. Усилилась одышка, в связи с чем и был госпитализирован. Состояние средней тяжести, цианоз губ, пастозность голеней. Аускультативно в легких в задне- базальных отделах с обеих сторон единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены аритмичные, пульс 48 в мин, без дефицита. Живот мягкий, печень выступает из - под реберья на 3 - 4 см. На ЭКГ ритм синусовый, брадикардия, ЧСС - 46 - 48 в 1 мин. РQ - 0.22 сек, выпадает каждый второй - третий желудочковые комплексы: Комплекс QRS расширен. Резкое отклонение электрической оси сердца влево. Клинические и биохимические анализы без отклонений от нормы.Определите каким видом аритмии или проводимости связаны жалобы больного:1. Частая желудочковая экстрасистолия
2. Пароксизмом мерцательной аритмии
3. АВ — блокадой 2 ст. тип 2 с периодами Самойлова — Венкебаха
4. Полной АВ - блокадой
 |
| 27. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 |  У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние групповые экстрасистолы типа "R" на "Т". В отведениях III, AVF, зубцы Q и подъем SТ выше изолинии. Развитие какого вида аритмии возможно у больной? 1. Пароксизма мерцательной аритмии 2. Развития полной АВ - блокады 3. Пароксизма суправентрикулярной тахикардии 4. Фибрилляции желудочков  |
| 28. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 |  У больной 52 лет, диагностирован острый инфаркт миокарда, на фоне которого развилась частая желудочковая экстрасистолия. На мониторе периодически появляются ранние групповые экстрасистолы типа "R" на "Т". В отведениях III, AVF, зубцы Q и подъем SТ выше изолинии.Какова должна быть тактика лечения больной? Выберите наиболее правильный ответ: 1. Корглюкон 0,06% - 0,5 мл в/в 2. Лидокаин 80 мг в/в, затем 120 мг в/в капельно 3. Изоптин 10 мг в/в, затем 15 мг в/в капельно 4. Новокаинамид 50 мг реr os  |
| 29. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больная М. ‚46 лет. поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе тошноту, слюнотечение, потливость, одышку с затрудненным выдохом, судороги мышц. Накануне обрабатывала квартиру каким-то аэрозолем от насекомых. Объективно: Больная возбуждена. В легких масса сухих и влажных хрипов, зрачки сужены, пульс 44 в мин. ритмичный. АД 120/90 мм рт.ст., судорожные подергивания мышц. Определите, с чем связаны жалобы больной? 1. Отравление хлорорганическими соединениями 2. Отравление фосфорорганическими соединениями 3. Отравление парами ртути4. Отравление бензолом Назначьте больной лечение: 1. Атропин 0.1% — по 3.0 в/в. затем по 1,0 п/к до стабилизации состояния. 2. Адреналин 0.1% - 1.0 п/к 3. Кофеин 4. Преднизолон 30 мг в/в |
| 30. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 62 лет, вызвал СМИ по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 20 сигарет в день. Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД- 28 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности‚ шумы; нет АД 115/65 мм рт. ст. ЧСС - 160 в минуту Пульс - 124 в 1 мин, Дефицит - 36 в минуту. Печень у края реберной дуги. Какое нарушение ритма следует предполагать? 1. Пароксизм суправентрикулярной тахикардии 2. Пароксизм желудочковой тахикардии 3. Пароксизм мерцательной тахиаритмии 4. АВ — блокада 2 степени тип 2 |
| 31. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больной 62 лет, вызвал СМИ по поводу одышки в покое, впервые появившейся несколько часов назад. В течение 30 лет курит по 20 сигарет в день. Объективно: цианоз губ. В легких в задненижних отделах не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД- 28 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, тоны аритмичные, разной звучности‚ шумы; нет АД 115/65 мм рт. ст. ЧСС - 160 в минуту Пульс - 124 в 1 мин, Дефицит - 36 в минуту. Печень у края реберной дуги.Что ожидается при ЭКГ - исследовании? 1. Отсутствие зубцов Р, одинаковое расстояние между R — R. комплексы QRS не деформированы 2. Отсутствие зубцов Р. одинаковое расстояние между R — R. комплексы QRS деформированы по типу блокады левой ножки пучка Гисса 3. Волны «f» фибрилляции предсердий, разные интервалы R — R. комплексы QRS не деформированы 4. Постепенное удлинение интервала Р — Q с последующим выпадением очередного желудочкового комплекса. Назначьте лечение: 1. Атенолол 25 мг х 2 раза 2. Дигоксин по 1 тб (0.25 мг) х 2 раза 3. Допамин 250 мг в/в капельно, поляризующая смесь 4. Кордарон 300 мг в/в струйно, затем 450 мг в/в капельно  |
| 32. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 20 лет, поступил в тяжелом состоянии. Сонлив, отеки лица, ног, поясницы, подкожной клетчатки живота. В легких дыхание жесткое, в задненижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Пульс -84 в минуту. АД -170/130 мм рт. ст. Печень у реберной дуги. Суточный диурез - 50 мл. Анализ мочи: относительная плотность 1030, белок - 3,3 г/п, эритр. - 100-150 в п/зр. Лейк. - 5-6 в п/зр. гиалиновые и зернистые цилиндры в большом количестве. Анализ крови: НЬ -100 г/л, эр. - 3.0х1012/л, лейк. - 9.5х109/л: СОЭ -34 мм/час, Мочевина крови -24,2 ммоль/л. креатинин - 520 мкмопь/л, калий сыворотки - 7.0 ммоль/л. натрий 426 ммоль/л, хлор - 88 ммоль/л. КЩС - рН - 734. На ЭКГ: ритм синусовый, РQ 0,26 с нарушением проводимости по правой ножке пучка Гиса, зубцы Т высокие остроконечные, с узким основанием. Какое заболевание почек и его форма? 1. Хронический гломерулонефрит, гипертонический вариант 2. Острый гломерулонефрит, ОПН3. Хронический гломерулонефрит, ХПН 4. Амилоидоз почек, ХПН  |
| 33. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9  | Больной 28 лет госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры. Болен 2 недели, участковым терапевтом поставлен диагноз ОРЗ. Лечение эффекта не дало и больной был направлен в больницу с диагнозом "пневмония". Начато лечение пенициллином 1 млн.ед Х 2 раза, сульфаниламидами. В течение 10 дней состояние не улучшалась. При рентгенологическом исследовании в правой плевральной полости гомогенное затемнение, с косо нисходящей границей, косто-диафрагмальный синус не дифференцируется. При плевральной пункции удалено 350 мл серозной жидкости, содержащей лимфоциты до 38%‚ нейтрофилы 62%‚ белка - 34‚2%. Проба Ривальты (+). К лечению добавлен преднизолон, кефзол, жаропонижающие средства. При повторном обследовании жидкости меньше, справа в н/доле негомогенная неинтенсивная инфильтрация с нечеткими контурами. неоднородная по структуре. Ваш диагноз? Выберите наиболее правильный ответ: 1. Правосторонняя пневмония, экссудативный плеврит 2. ТВС н/доли правого легкого. экссудативный плеврит 3. Правосторонняя н/полевая пневмония, затяжное течение 4. Казеозная пневмония н/доли правого легкого Почему, на Ваш взгляд, оказалось неэффективным амбулаторное лечение? 1. Недостаточна разовая доза пенициллина 2. Не соблюдена кратность введения пенициллина 3. Эффект должен был наступить на 14 день4. У больного ТВС - процесс  |
| 34. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 30 лет доставлен в блок интенсивной терапии в заторможенном состоянии. В анамнезе бронхиальная астма инфекционно- аллергической формы, гормонозависимая в течение 15 лет. Дважды лечился в реанимации. Кожные покровы цианотичны, дыхание поверхностное, при аускультации резкое ослабленное дыхание, справа ниже угла лопатки участок, где дыхание не проводится. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс -120 в минуту. АД - 80/40 мм рт. ст. Рефлексы снижены. Ра С02 - 58 мм рт. ст.; Ра02 - 47 мм рт. ст.: рН артериальной крови – 7,21; НСОз - 30 ммоль/л. Гематокрит -55%. Определите стадию астматического состояния?1. 1-я стадия
2. 2-я стадия («немого легкого)
3. 3 -я стадия (гипоксически-гиперкапническая кома)
 |
| 35. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Вызов к больному, 66 лет. 1 час назад начался приступ инспираторного удушья с ощущением клокотания в груди и кашлем с выделением пенистой кровянистой мокроты. В течение 15 лет артериальная гипертензия до 210/100 мм рт. ст. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Получает адельфан по 1 таблетке 3 раза. Объективно: цианоз губ, акроцианоз, холодный пот. Ортопноэ. ЧДД- 36 в минуту. В лёгких повсюду влажные крупнопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Пульс - 110 в минуту, ритмичный. Напряженный АД - 230/ 140 мм рт. ст. В остальном без особенностей. На дому начато лечение: дибазол с папаверином в/в, фуросемид 80 мг внутрь. строфантин 0.05% - 0,45 мл в/в. кровопускание 200 мл‚ кислород из подушки. Состояние не улучшается. АД - 210/130 мм рт. ст. Пульс 130 в минуту. Сформулируйте полный диагноз. Основное заболевание, осложнение? 1. Острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок2. Острый инфаркт миокарда, отек легких З. Артериальная гипертония, 3 ст., хроническая сердечная недостаточность 3 ст. 4. Артериальная гипертония. 3 ст.‚ гипертонический криз. 2 тип. Отек легких |
| 36. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больно К.‚ 26 лет, доставлен машиной скорой помощи в приёмное отделение. Болеет с детства. Жалуется на приступ инспираторного удушья, кашель с выделением розовой пенистой мокроты. Настоящее состояние возникло во время физической нагрузки. Больной в состоянии ортопное, беспокоен, покрыт холодным потом, лицо страдальческое, на расстоянии слышно клокочущее, шумное дыхание. Акроцианоз. В лёгких - разнокалиберные влажные хрипы до верхушек лёгких. На основании сердца во 2 межреберье слева грубый систоло - диастолический шум («шум паровоза, едущего в туннеле), акцент 2 тона на легочной артерии. Пульс 112 ударов в минуту, АД 160/60 мм. рт. ст. Чем предположительно страдает больной? Выберите наиболее правильный ответ: 1. Стеноз устья аорты 2. Стеноз устья легочной артерии 3. Незаращение боталлова протока 4. Триада Фалло  |
| 37. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больной К.‚ 26 лет, доставлен машиной скорой помощи в приёмное отделение. Болеет с детства. Жалуется на приступ инспираторного удушья, кашель с выделением розовой пенистой мокроты. Настоящее состояние возникло во время физической нагрузки. Больной в состоянии ортопное, беспокоен, покрыт холодным потом, лицо страдальческое, на расстоянии слышно клокочущее, шумное дыхание. Акроцианоз. В лёгких - разнокалиберные влажные хрипы до верхушек лёгких.На основании сердца во 2 межреберье слева грубый систоло - диастолический шум («шум паровоза, едущего в туннеле), акцент 2 тона на легочной артерии. Пульс 112 ударов в минуту, АД 160/60 мм. рт. ст.Окажите больному экстренную помощь. Выберите правильный ответ:1. Лазикс в/в, промедол в/в, кислород

2. Дибазол в/в, дроперилол, гипотиазид 3. Капотен реr os, гипотиазид, строфантин 4. Обзидан, строфантин, дроперидол |
| 38. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 30 лет. Поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в позвоночнике, преимущественно в поясничном отделе, ограничение движения. "одеревенелость" позвоночника впервые боли появились 5 лет назад, сопровождались субфебрилитетом, позже температура как правило, была нормальной. Лечился тепловыми процедурами. Через год к болям присоединилось ограничение подвижности в позвоночнике, распространявшееся снизу-вверх. При осмотре: бледен, питание, пониженное. Движения в позвоночнике резко ограничены, выраженная атрофия мышц спины, бедер. Голова несколько наклонена вперед («поза просителя»). Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС -66 в минуту. АД -110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.Предположительный диагноз? 1. Распространенный остеохондроз позвоночника 2.Бруцеллез, локомоторная форма 3. Болезнь Бехтерева 4. Ревматоидный артрит с поражением позвоночника  |
| 39. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 42 лет, поступил с жалобами на кашель с выделением обильной мокроты гнойного характера, иногда полным ртом. Болеет 16 лет, с периодическими обострениями. Объективно: пониженного питания, бледность кожных покровов и слизистых. Одутловатость лица, отечность голеней. Пальцы рук в виде "барабанных палочек". Пульс -80 в минуту, АД - 95/70 мм рт. ст. В легких коробочный звук, рассеянные хрипы, уменьшающиеся при откашливании. Анализ крови: НЬ - 88 г/л, эр. - 3х1012/л. лейко -10 х 10 9/л, СОЭ -46 мм/час, Анализ мочи: уд. вес - 1016. белок - 3.5 г/л. леик. - 2-3 в п/зр. эр. - единичные в п/Зр. креатинин - 80 мкмоль/л. Чем страдает больной?1. Хронический бронхит. Хронический гломерулонефрит
2. Бронхоэктатическая болезнь. Амилоидоз почек
3. Хронический обструктивный бронхит. Хронический пиелонефрит.
4. Хронический гломерулонефрит. Хроническая почечная недостаточность 1 ст.
 |
| 40. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная К.‚ доставлена в приемный покой машиной "скорой помощи" из студенческого общежития в сопровождении подруги. При поступлении состояние тяжелое, в контакт не вступает. на осмотр не реагирует. Кожные покровы несколько цианотичны. Дыхание редкое, поверхностное. В нижних отделах легких единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, тахисистолия. АД 70/40 мм.рт.ст.‚ пульс 97 в мин.‚ слабый. Зрачки сужены. На свет не реагируют. Со слов сопровождающей в комнате больной на столе лежала пустая упаковка из-под люминала.Оцените состояние и поставьте диагноз. 1. Отравление гипотензивными. Кома III.
2. Отравление барбитуратами. Кома II.
3. Отравление барбитуратами легкой степени.
4. Отравление нейролептиками легкой степени
 |
| 41. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной К. 20 лет поступил в клинику с жалобами на головные боли. Год назад, во время осмотра, было выявлено повышение АД, объективно: границы сердца расширены влево. тоны сердца звучные, ритм правильный- 76 уд.в мин. АД - 170/100 мм рт.ст. Систолический шум над аортой, который также выслушивается в межлопаточном пространстве и в эпигастрии. Анализ крови и мочи без изменений. Ваш предположительный диагноз? 1. Артериальная гипертония, 2 степени2. Врожденная дисплазия почечных артерий. Реноваскулярная гипертония. 3.Коарктация аорты. Симптоматическая гипертония. 4. Ревматическая недостаточность аортального клапана Какое дополнительное исследование необходимо провести в 1—ю очередь? 1. Компьютерная томография органов грудной полости.
2. Компьютерная томография почек.
3. УЗДГ сосудов почек
4. Измерение АД на ногах.
 |
| 42. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | В приемный покой доставлен больной П., 60 ле, в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих, больной длительное время страдает сахарным диабетом. За несколько дней до наступления была диарея, на фоне чего отмечал слабость, сонливость, повысилась температура. При осмотре кожные покровы сухие, тонус глазных яблок снижен, дыхание частое, поверхностное, запаха ацетона изо рта нет, тахикардия до 120 уд.в мин. АД 90/60 мм рт‚ст‚. Сахар крови 50 ммоль/л, в моче кетоновые тела не обнаружены. Ваш диагноз? 1. Гипегликемическая кетоацидотическая кома 2. Гиперосмолярная неацидотическая кома 3. Гиперлактацидимическая кома 4. Гипогликемическая кома  |
| 43. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | У больного 55 лет. через час после возникновения сильной давящей загрудинной боли снизилось АД до 100/50 мм, рт. ст, Врач скорой помощи ввёл мезатон и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжёлое. Кожа холодная, влажная. Бледно — землистый акроцианоз. Тоны сердца глухие, ЧСС - 120 сокращений в минуту, частые экстрасистолы. АД 80/60 мм. рт. ст.‚ моча не отделяется, На ЭКГ патологический зубец Q и подъём сегмента SТ во II, III, АVF отведении, желудочковая экстрасистолия. Поставить диагноз. 1.Острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. Желудочковая экстрасистолия. Отек легкого, 2. Острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. Кардиогенный шок. 3. Острый передне-перегородочный инфаркт миокарда. Желудочковая экстрасистолия.  4.Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.  |
| 44. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 | Больной С., 66 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение периферических лимфоузлов, слабость, сухой кашель, потливость. Болеет 3 недели. Объективно: кожа и слизистые оболочки нормальной окраски, Периферические лимфоузлы (шейные, подмышечные) величиной с фасоль, безболезненные, подвижные. Печень и селезёнка не увеличены. В лёгких - везикулярное дыхание. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм. рт. ст. Анализ крови: Нв - 102 г/л, эр. -4.1х1012 /л, ПК.23 Лейк- 28 х 109 /л, э - 1, П - 5, С - 30, Лимф. - 62, М - 2, СОЭ - 38 мм в час. Ваш диагноз? 1. Острый миелолейкоз 2. Хронический миелолейкоз 3. Острый лимфолейкоз 4. Хронический лимфолейкоз Определите тактику лечения:1. Назначение схемы лечения «7+3»
2. Назначение схемы лечения ЦОАП
3. Динамическое наблюдение за анализом крови
4. Назначение хлорбутина
 |
| 45. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 60 лет. поступил с жалобами на одышку и сердцебиение в покое, отёки нижних конечностей. 6 лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе и в покое. 2 года назад перенёс инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить сердцебиение, одышка, вначале при ходьбе, а в последующем и в покое, появились отёки. Состояние ухудшилось последние 2 недели. Объективно: состояние средней тяжести. Ортопное. Цианоз губ. Отёки нижних конечностей. В лёгких, в задне -нижних отделах, мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердце увеличено влево, систолический шум на верхушке, 1 тон ослаблен. акцент 2 тона на аорте. ЧСС-114, аритмия. Пульс- 96 ударов в минуту, аритмичен, АД 130/80 мм рт. ст. Печень выступает на 5 см. Диурез снижен до 600 мл мочи в сутки. Какой синдром привёл больного в стационар? 1. Синдром дыхательной недостаточности 2. Острой правожелудочковой недостаточности 3. Острой почечной недостаточности 4. Хронической сердечной недостаточности  |
| 46. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной С. 60 лет. поступил с жалобами на одышку и сердцебиение в покое, отёки нижних конечностей. 6 лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе и в покое. 2 года назад перенёс инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить сердцебиение, одышка, вначале при ходьбе, а в последующем и в покое, появились отёки. Состояние ухудшилось последние 2 недели. Объективно: состояние средней тяжести. Ортопное. Цианоз губ. Отёки нижних конечностей. В лёгких, в задне -нижних отделах, мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердце увеличено влево, систолический шум на верхушке, 1 тон ослаблен. акцент 2 тона на аорте. ЧСС-114, аритмия. Пульс- 96 ударов в минуту, аритмичен, АД 130/80 мм рт. ст. Печень выступает на 5 см. Диурез снижен до 600 мл мочи в сутки. Какое нарушение ритма способствовало ухудшению состояния больного? 1. Экстрасистолическая аритмия 2. Суправентрикулярная тахикардия 3. Мерцательная аритмия 4. Желудочковая тахикардия  |
| 47. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной М., 18 лет, поступил в клинику по направлению призывной Комиссии. При прохождении комиссии было обнаружено высокое АД. До настоящего заболевания считал себя здоровым. Общее состояние удовлетворительное. Сердце увеличено влево, ЧСС- 80 ударов в 1 минуту. ритм правильный. АД 200/100 мм рт. ст. АД на нижних конечностях 90/60 мм вод. ст. Пульсация сосудов на нижних конечностях ослаблена. В мезогастрии слева по срединной линии выслушивается систолический шум. Анализ крови и мочи в норме. Рентгеноскопия органов грудной клетки - гипертрофия левого желудочка. Ваш предварительный диагноз? Артериальная гипертония Коарктация аорты Дисплазия почечных артерий, симптоматическая гипертония Стеноз устья аорты Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? Выберите наиболее правильный ответ. 1. Рентгенография сердца с контрастированием пищевода в 3 проекциях 2. Аортография З. Зондирование полостей сердца 4. Эхокардиография  |
| 48. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | У больного 45 лет‚ страдающего хроническим остеомиелитом правой голени появилось одутловатость лица. пастозность голеней. В моче обнаружили изменения: белок - 3 г/л (5‚5 г/сут.), лейк. - 5-10 в п/зр. эр. - единичные в п/зр‚, цилиндры гиалиновые - 5-10 в препарате.  О развитии какого синдрома можно думать? 1.Амилоидоза почек, синдром хронической почечной недостаточности. 2. Амилоидоза почек, нефротического синдрома, 3. Амилоидоза почек, нефритического синдрома 4. Развитие синдрома острого гломерулонефрита  |
| 49. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиазида переносит плохо из-за резкой мышечной слабости. Объективно: ЧСС - 88 в минту. АД. 180/110 мм рт. ст. Признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи - относительная плотность 1002-1008. При УЗИ исследовании подозрение на увеличение правого надпочечника. Вероятная причина артериальной гипертензии? 1. Первичный гипеальдостеронизм 2. Феохромоцитома 3. Реноваскулярная гипертония 4. Гемодинамическая гипертония Какие другие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза? 1. Исследование холестерина, триглециридов крови.
2. Исследование катехоламинов крови.
3. Исследование ренина в крови.
4. Исследование электролитов крови
 |
| 50. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9  | Больной 43 лет, жалуется на мышечную слабость, полиурию, головную боль. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления. Применение гипотиазида переносит плохо из-за резкой мышечной слабости. Объективно: ЧСС - 88 в минту. АД. 180/110 мм рт. ст. Признаки гипертрофии левых отделов сердца. Анализ крови - без изменений. Анализ мочи - относительная плотность 1002-1008. При УЗИ исследовании подозрение на увеличение правого надпочечника.Тактика лечения? 1.Ингибиторы АПФ, гипотиазид. 2.Антагонисты кальция.3. Верошпирон. 4. Атенолол, гипотиатид.  |
| 51. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 58 лет. Жалобы на слабость, боли в поясничном отделе позвоночника, периодические носовые кровотечения. 6 месяцев назад перенес перелом ребра. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых. Пальпация поясничного отдела позвоночника болезненна. Лимфоузлы не увеличены. Анализ крови: нь - 73 г/л. эр. -2,34х1012/л. лейк. -4.7х109/л. соэ-16 мм/час. Общий белок крови —95 г/л. ПК. При каких заболеваниях может быть сочетание анемии и гиперпротеинемии? Выберите правильный ответ: 1. В12 дефицитная анемия 2. Наследственный микросфероцитоз3. Эритремия 4. Миеломная болезнь  |
| 52. | ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 | Больная 32 лет вызвала СМП по поводу сердцебиения, головокружения, слабости. Приступ сердцебиения возник впервые, около 2 часов назад на фоне эмоционального стресса. При осмотре признаков сердечной недостаточности нет. Тремор пальцев рук. Границы сердца не изменены. Тоны сердца громкие. Пульс - 200 в минуту. ритмичный. АД -12О/90 мм рт. Ст. Мочеиспускание частое. б/болезненное. На ЭКГ: ритм правильный. 200 в минуту. зубец Р во 11 и III отведениях -отрицателен. Желудочковый комплекс обычной формы. Какой вид тахикардии развился у больной? 1.Пароксизм мерцательной тахиаритмии2. Пароксизм желудочковой тахикардии. 3. Пароксизм нижнепредсердной тахикардии, 4. Пароксизм трепетания предсердий С чего начать купирование приступа? 1. Назначения новокаинамида, 2. Назначения обзидана. 3. Проведения вагусных проб. 4. Проведения ортостатической пробыПрепараты выбора для лечения данного состояния? 1. Атенолол. 2. Дигоксин 3. Строфантин. 4. АТФ.  |
| 53. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | У ребенка 3 лет находят систолический шум с 5—6-месячного возраста. Ребенок от 2-й беременности. Мать в первой половине беременности перенесла краснуху (старший ребенок болел краснухой). Период новорожденности протекал без особенностей. На рациональном естественном вскармливании ребенок находился до 9 месяцев. В последующем частые катаральные состояния носоглотки, иногда с подъемом температуры до фебрильных цифр, дважды перенес очаговую пневмонию. При осмотре: бледность кожных покровов и слизистых. Масса -1 1 500 г, рост - 80 см. Ребенок живо интересуется игрушками, но быстро утомляется. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Во II межреберье слева от грудины выслушивается негрубый систолический шум, акцент II тона на легочной артерии. АД - 95/60 мм рт. ст. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, полный. Печень и селезенка не пальпируются, диурез адекватный. На ЭКГ отмечена перегрузка правого желудочка. При рентгенографии грудной клетки усилен легочный рисунок. Поставлен диагноз: «врожденный порок сердца». Сформулируйте диагноз. Выберите правильный ответ:1. Дефект межжелудочковой перегородки 2. Дефект межпредсердной перегородки 3. Открытый артериальный проток 4. Тетрада Фалло  |
| 54. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная 63 года. Жалобы на боли в суставах кистей рук, утреннюю скованность до обеда, одышку при ходьбе слабость, тошноту, плохой аппетит‚ запоры. 15 лет назад установлен ревматоидный артрит. Получает ибупрофен по 0.2х3 раза, препараты железа внутрь. Ухудшение самочувствия 3 месяца. Объективно: бледность кожи и слизистых. Ульнарная девиация кистей и припухлость пястно-запястных и проксимальных межфаланговых суставов подкожные узелки над локтевыми суставами. Пульс - 80 в минуту. АД 180/100 мм рт. ст. Селезенка на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Периферические лимфоузлы увеличены до размеров крупной фасоли, плотно - эластической консистенции, безболезненные. Анализ мочи: следы белка Анализ крови: НЬ - 78 г/п. лейк. - 1.8\*109/л (эоз. - 1%‘ баз. - 1%. нейтр. -19%. лимф, 77%, мон. - 2%). Ретик. - 7%. тромб. -106х109 /л. анизо-пойкилоцитоз. СОЭ - 68 мм/час.Какая форма заболевания? 1. Синдром Лайела 2. Синдром Стила 3. Синдром Фелти 4. Синдром Картагенера  |
| 55. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 45 лет, в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом. В течение 6 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье. Объективно: состояние тяжелое, положение, вынужденное - Больной сидит. тело покрыто холодным потом. кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит. голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается. слева жесткое. рассеянные басовые сухие хрипы по всем полям. ЧДД 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной лини, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 100 в минуту. АД - 85/60 мм рт. ст, Печеночная тупость не определяется. С каким осложнением связано возникновение данного состояния? 1. Развитием астматического статуса (стадия «немого легкого). 2. Развитием острой эмфиземы 3, Развитием спонтанного пневмоторакса справа 4. Развитием острого фибринозного плеврита справа  |
| 56. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная 37 лет направлена в стационар по скорой помощи по поводу внезапного приступа удушья, болей в груди и кашля с прожилками крови, возникших среди полного здоровья. В прошлом было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Цифры АД в пределах - 140/80 мм рт. ст. Объективно: одышка в покое - 32 в минуту, обильный пот, цианоз губ, акроцианоз. Температура – 36,8°С. В легких дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, хрипов нет. Пульс - 100 в минуту АД - 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень, селезенки не увеличены. Варикозное расширение и уплотнение вен левой голени и бедра. При обследовании гинекологом обнаружена фиброма матки. ЭКГ: ритм синусовый, правограмма. S1, Q111. Высокие и остроконечные Р11. 111, aVF. Отрицательные Т в V 1-3. Какова причина развития дыхательной недостаточности, гипотензии и изменений ЭКГ? 1. Развитие острого инфаркта миокарда. 2. Развитие тромбоэмболии легочной артерии 3. Развитие острого миокардита 4. Развитие острого перикардита  |
| 57. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Мужчина 22 лет, обратился по поводу неприятных ощущений в левом подреберье особенно при физической нагрузке. В прошлом были повторные простудные заболевания. Брат больного был оперирован в возрасте 16 лет по поводу камня желчного пузыря и желтухи. Объективно: рост -165 см. масса тела - 59 кг. Субъиктеричность склер. Селезенка на 4 см ниже реберной дуги. В остальном - без особенностей. Анализ крови: НЬ › 105 г/л, эр, - 4т5х1012/л, ретикулоциты - 14%, лейкоциты и тромбоциты - норма. В мазке крови много сферической формы, мелкого размера эритроцитов. Билирубин общий - 36 мкмоль/л, непрямой —31 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная. Сформулируйте диагноз.1.Острый вирусный гепатит 2. Аутоиммунная гемолитическая анемия 3. Талассемия 4. Микросфероцитарная анемия  |
| 58. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 |  Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 7 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности‚ облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. Последние 3 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье. пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 15 л мочи. Состояние ухудшилось. одышка и слабость усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвано бригада СМП. При осмотре: состояние средней тяжести. в сознании. Лежит низко. голени пастозны. В легких дыхание везикулярное. хрипов нет, ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Перкуторно сердце расширено во все стороны. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный АД - 90/75 мм рт. ст, на вдохе систолическое АД снижается на 15 мм рт. ст. Печень +4см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена. зубец Т во всех грудных отведениях сглажен. Рентгенологически расширение тени сердца во все стороны, сердце шаровидной формы. пульсация ослаблена. Как оценить возникшие изменения? 1. Развитие острого миокардита и тотальной сердечной недостаточности. 2. Развитие острого экссудативного перикардита и тампонады сердца. 3 Развитием острого инфаркта миокарда, острой левожелудочковой недостаточностью. 4, Развитием тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.  |
| 59. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 54 лет вызвал СМП в связи с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область. головную боль. тошноту. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью. систематически гипотензивных препаратов не принимает. Рабочее АД 140/80 мм рт. ст. Ухудшение в течение 6 часов: нарастала головная боль, тошнота. Около 40 минут назад появился приступ "раздирающих" болей за грудиной, позже - с иррадиацией в межлопаточную область. На прием нитроглицерина —усиление головных болей. интенсивность загрудинных болей не уменьшились, При осмотре врачом СМП состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия кожи лица. Периферических отеков нег. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие рассеянные хрипы. Систолический шум над аортой АД — 230/120 мм рт. ст. Пульс — 88 в минуту, Пульсация на левой лучевой артерии ослаблена. Печень у края реберной дуги. ЭКГ - ритм синусовый. гипертрофия и перегрузка левого желудочка, В пользу какого осложнения гипертонического криза свидетельствует систолический шум над аортой, и асимметрия пульсации лучевых артерий?1. Острой тампонады сердца. 2. Острой аневризмы восходящего отдела аорты. 3. Разрыва сосочковой мышцы 4. Острого выпотного перикардита.  |
| 60. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 64 лет внезапно потерял сознание на улице. Прохожими вызвана бригада СМП. К приезду бригады больной в сознании, жалуется на слабость, головокружение. Полгода назад перенес инфаркт миокарда. При осмотре - бледность кожных покровов. Периферических отеков нет. Тоны сердца разной звучности, 44 в минуту. АД. 130/70 мм рт.ст. На ЭКГ: частота желудочковых сокращений 44 в минуту, частота сокращений предсердий 89. Смещения сегмента SТ нет. Возможные причины потери сознания? Выберите наиболее правильный ответ: 1, Синкопальное состояние. 2. Приступ Морганьи — Адамса — Стокса. 3, Преходящее нарушение мозгового кровообращения, 4. Повторный инфаркт миокарда. Определите характер нарушения ритма или проводимости. 1. Частая желудочковая экстрасистолия. 2. АВ - блокада 2 степени тип 2 3. АВ — блокада 2 степени тип 1. 4. АВ — блокада 3 степени.  |
| 61. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная 34 лет. Жалобы на слабость, быструю утомляемость. головокружение. периодически приступообразные боли в правом подреберье. Подобные жалобы беспокоят с детства, в период обострения, окружающие обращали внимание на желтушность кожи и склер, при осмотре бледность и желтушность кожи, склер. Сердце - тоны звучные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный, в правом подреберье, в точке желчного пузыря. Печень у края реберной дуги. плотная слегка болезненная, селезенка пальпируется на 5 см ниже реберной дуги, плотная. Анализ крови: НЬ › 80 г/л, эр. - 2.4х1012/л‚ цв. пок. - 1.0, лейк. - 9,8\*109/л.Формула: п/я - 6, с/я – 67, эоз. - 3, баз.- 0.5, лимф. – 20, моноц. - 3,5, тромб. - 150\*109/л. ретик. - 15%. СОЭ - 30 мм/час. Диаметр большинства эритроцитов -6.2 микрона. Реакция Кумбса - отрицательная. Билирубин - 28,5 ммоль/л. непрямой - 26 ммоль/л. Дайте характеристику анемии: 1. В12 дефицитная анемия Аддисона — Бириера. 2. Гипопластическая анемия. 3. Микросфероцитарная анемия Минковского — Шоффара. 4. Талассемия.  |
| 62. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 65 лет, обратился по поводу увеличения лимфоузлов разных групп, что он заметил несколько недель назад. Наблюдается по поводу гипертонической болезни получает бета—блокаторы. Объективно: прощупываются увеличенные шейные подмышечные, паховые лимфоузлы, безболезненные подвижные, тестоватой консистенции. Бледность кожных покровов и слизистых. В остальном без особенностей. Анализ крови: НЬ - 88 г/л‚ лейк. -75х109/л. п/я - 2%‚ с/я - 8%. лимф, -90%„ тромб. - 100х10 9/л. Ретикулоц. - 5%. Вероятная причина возникновения данных изменений?1. Лимфогранулематоз.
2. Хронический миелолейкоз.
3. Хронический лимфолейкоз.
4. В12 дефицитная анемия.
 |
| 63. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больная 60 лет. Поступила с жалобами на резко выраженную общую слабость, головокружение, ощущение "ватных “ног. Больная в течение одного года. При осмотре: одутловатость лица. бледность кожи с желтушным отенком, субъиктеричность склер. Дыхание везикулярное. тоны приглушены, систолический шум во всех точках. Сосочки языка сглажены. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Анализ крови: НЬ -50 г/л, эр. -2.2х1012/л. ЦП - 1.3, лейк. › 2.5х109/л, эоз. - 1%‚ п/я — 4%. с/я - 38%. лимф. - 42%‚ мон, -11%, тромб. - 70х109/л СОЭ — 40 мм/час. билирубин -34 мкмоль/л. непрямой \* 18.9.Дайте характеристику анемии. 1. Острая гемолитическая анемия. 2. В12 — дефицитная анемия. 3. Железодефицитная гипохромная анемия.4. Наследственный микросфероцитоз, |
| 64. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 40 лет. Жалобы на головные боли, слабость. плохой аппетит, тошноту, похудание, повышение температуры периодически с ознобами. дизурию. В анамнезе в течение 10 лет приступы почечной колики. рези и боли при мочеиспускании. 5 лет - артериальная гипертензия. Ухудшение 2 месяца. С детского возраста - бронхиальная астма, периодически мигрень, депрессивные состояния. Объективно: масса тела - 60 кг. рост -180 см. Кожа сухая. бледная. тургор снижен, АД —140/100 мм рт. ст. Пульс — 80 в минуту, В легких рассеянные сухие хрипы на выдохе. Мочевина крови - 45 ммоль/л, креатинин - 480 мкмоль/л, белок - 68 г/л. натрий - 145 ммоль/л, калий - 473 ммоль/л‚ кальций - 2 мкмоль/л. Диурез - 1200 мл.Сформулируйте диагноз основного заболевания и его осложнений. 1. Вторичный амилоидоз. ХПН 2 стадии. 2. МКБ, Хронический пиелонефрит. ХПН 1 стадии. 3. МКБ. Хронический пиелонефрит. ХПН 2 стадии, 4 Вторичный амилоидоз. ХПН 1 станине  |
| 65. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 |  Больной 52 лет‚ поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, потерю в весе, зуд. Болен в течение трех лет. При осмотре: пальпируются увеличенные, подвижные, не спаянные с кожей плотноэластической консистенции лимфоузлы. в шейно- подключичной области оправа спивающиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из-под реберной дуги.Анализ крови: НЬ ›100 г/л лейк. - 13х109/л. эоз. -11%‘ п/я › 4%. с/я -62%, лимф. -14%‚ мон— 6. тромб. - 80.0х109л‚ СОЭ - 40 мм/час. Какова наиболее вероятная причина лимфопролиферативного синдрома с учетом анализа крови? 1.Хронический лимфолейкоз. 2.Лимфогранулематоз 3. Лимфосаркома. 4. Острый лимфолейкоз Для уточнения диагноза назначена биопсия лимфоузла. Что ожидается в биоптате лимфоузла у данного больного? 1. Клетки Мейленграхта 2. Клетки Штенгеймера — Мальбина.
2. Клетки Березовского — Штернберга 4. Клетки Гусинского.
 |
| 66. | ОПК-9 ПК-5 ПК-6 | Больной 20 лет. В течение 3 дней беспокоит кашель. Насморк, субфебрильная температура. Принимал аспирин. На 4-й день заметил подкожные кровоизлияния на коже груди и конечностях, были повторные носовые кровотечения, Объективно: распространенные петехиальные и подкожные кровоизлияния. Положительные симптомы щипка и жгута. В остальном без особенностей. В анализе крови: НЬ -105 г/л. лейк. - 5.8х10°/л, формула не изменена, тромбоциты — 15х109/л. Клиническая форма геморрагического синдрома? 1.Гемофилия. 2. Геморрагический васкулит Шейлейн — Геноха,3. Тромбоцитопеническая пурпура. 4. Тромбастения Гланцмана,  |