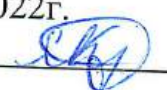
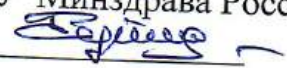


Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Терапия» обсуждена и одобрена на заседании кафедры терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 5 от 24.05.2022 г.
Заведующий кафедрой Кудяев М.Т. 

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Терапия» обсуждена и одобрена на заседании Ученого Совета ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Протокол заседания Ученого Совета ИДПО от «24» 05 2022 г. № 2
Директор ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
д.э.н., профессор Бутаев Р.Ш. 

Программа рекомендована к утверждению рецензентом: Абдуллаевым Алигаджи Абдуллаевичем, д.м.н, профессором, заведующим кафедрой поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Абдуллаев А.А.


подпись

_____ дата

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Терапия» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Кудяев М.Т.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Атаева Зульмира Наримановна	к. м. н., доцент	Доцент кафедры терапии ФПК и ППС	ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ЕКС – Единый квалификационный справочник

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия

ПЗ - практические занятия

СР - самостоятельная работа

ОСК – обучающий симуляционный курс

ДОТ - дистанционные образовательные технологии

ЭО - электронное обучение

ПА - промежуточная аттестация

ИА - итоговая аттестация

УП - учебный план

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования

ЦОС – цифровая образовательная среда

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

1. Общая характеристика Программы

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы
- 1.2. Категории обучающихся
- 1.3. Цель реализации программы
- 1.4. Планируемые результаты обучения

2. Содержание Программы

- 2.1. Учебный план
- 2.2. Календарный учебный график
- 2.3. Рабочие программы модулей
- 2.4. Оценка качества освоения программы
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы
- 2.5. Оценочные материалы

3. Организационно-педагогические условия Программы

- 3.1. Материально-технические условия
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение
- 3.3. Кадровые условия
- 3.4. Организация образовательного процесса

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Нормативно-правовая основа разработки Программы

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76;
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Проект профессионального стандарта «Врач-терапевт» (подготовлен приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 31.01.2022 г.
- Приказ Минздрава России от 8 октября 2015 года № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки (с изменениями и дополнениями)»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образованиям. Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России от 12 августа 2016 г. № 2337.

1.2 Категории обучающихся

Уровень профессионального образования Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия", при наличии подготовки в ординатуре по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"

Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

Работники имеющие высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, но имеющих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет организуется профессиональная переподготовка по специальности «Терапия»: для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет.

Основная специальность: врач-терапевт.

Дополнительная специальность: врач-общей практики (семейный врач).

1.3 Цель реализации программы

Совершенствование или приобретение специалистами профессиональных компетенций в соответствии с нормативно-правовыми актами, регламентирующими их деятельность и/или обучение:

1. Направленных на совершенствование (приобретение) профессиональных компетенций в рамках специальности «Терапия», сформулированных на основе трудовых функций соответствующего специальности профстандарта: «Врач-терапевт»,
2. Качественное изменение имеющихся и приобретение новых профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации для врачебной практика в области терапии.

3. Формирование системы теоретических знаний и практических умений в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний по профилю «Терапия» в условиях стационара и дневного стационара
4. Качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при оказании медицинской помощи населению по профилю "терапия" в условиях стационара и дневного стационара.

ЗАДАЧИ:

профилактическая деятельность:

Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни.

Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.

Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.

диагностическая деятельность: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность: оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

реабилитационная деятельность: проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность: формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Вид профессиональной деятельности: «Врачебная практика в области терапии»
Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с Профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Врач-терапевт		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
Оказание медицинской помощи населению по профилю "терапия" в условиях стационара и дневного стационара	В/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"
	В/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контроль его эффективности и безопасности

	В/05.8	Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	В/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы обучающийся совершенствует и/или осваивает следующие ПК: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

В результате освоения программы формируются компетенции, необходимые для выполнения нового вида профессиональной деятельности: осуществление медицинской деятельности в области врачебной практики в области терапии. Новый вид профессиональной деятельности заключается в оказании медицинской помощи населению по профилю "терапия" в условиях стационара и дневного стационара.

Новыми компетенциями, которые сформируются в результате обучения являются:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем подлежащих лечению в условиях стационара и дневного стационара (ПК-5).
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара (ПК-6).

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	В/05.8
	должен знать: Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний.	
	должен уметь: Определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту. Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и	

	психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. должен владеть: Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни. Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни. Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания. Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. должен знать: Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности внутренних органов организма человека. Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма человека в норме и при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия". Методика сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Методика физикального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия". Методики клинического обследования пациентов, включая медицинские показания и противопоказания к использованию лабораторной, инструментальной диагностики. Клиническая картина заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" взрослого населения, особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в пожилом, старческом возрасте и у беременных женщин. Клиническая картина, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной,	В/01.8

	пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных (полиморбидных) состояний у взрослого населения. Теория и методология диагноза, структуры, основных принципов построения клинического диагноза: симптоматического, синдромального, нозологического, метода дифференциального диагноза. Установка диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснование. Медицинские показания для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам. Медицинские показания для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия" должен уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Проводить физикальное обследование пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Интерпретировать результаты физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий. Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты: - измерение артериального давления на периферических артериях; - исследование уровня глюкозы в крови; - суточное мониторирование артериального давления (СМАД); - пульсоксиметрию; - чтение спирограмм; - определение лодыжечно-плечевого индекса; - проведение ортостатической пробы; - пневмотахометрию; - приготовление мазков, материала для цитологического,	
--	---	--

	бактериального исследования; плевральной пункции; - снятие и расшифровка электрокардиограммы; Интерпретировать результаты лабораторного обследования пациентов. Интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов. Обосновывать направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов. Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю "терапия". Устанавливать диагноз с учетом МКБ пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" Проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ. Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия" должен владеть: Сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Анализ информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" (или его законного представителя). Проведение физикального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия". Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" на лабораторные и инструментальные обследования при наличии	
--	--	--

	медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). Установка диагноза с учетом МКБ. Определение медицинских показаний для направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю "терапия". Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи врачом-терапевтом.	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Знать Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Методика физикального обследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы). Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Уметь Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. Владеть Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Выявление медицинских показаний к оказанию	В/07.8

	медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, при невозможности ее оказания в условиях медицинской организации, в которой находится пациент, безотлагательная доставка пациента, в том числе бригадой скорой медицинской помощи, в медицинскую организацию, имеющую в своем составе специализированные отделения, для оказания необходимой медицинской помощи.	
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи. должен знать: Порядок оказания медицинской помощи по профилю "терапия". Методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю "терапия", медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи. должен уметь: Составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания и (или) состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Направлять пациента с заболеванием и (или) состоянием по	В/02.8

	профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. должен владеть: Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами. Направление пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для оказания специализированной медицинской помощи, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.	
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи. должен знать Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. должен уметь: Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациентам в	В/07.8

	экстренной и неотложной форме. Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. должен владеть: Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания). Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной форме.	
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. должен знать: Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. должен уметь: Назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия" с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия". должен владеть: Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. Оценка эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю "терапия".	В/02.8

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы Профессиональной переподготовки
«Терапия» 576 ак. часов;
форма обучения очная

Код	Наименование разделов дисциплин и тем	трудоемкость	В том числе				Вид и форма контроля
		акад.часы	Л	ПЗ	СЗ	ОСК	
Рабочая программа учебного модуля 1 «Фундаментальные дисциплины»							Промежуточная аттестация (Зачет)
1.1	Патология				6		Текущий контроль: собеседование
	Итого	6			6		
Рабочая программа учебного модуля 2 «Специальные дисциплины»							Промежуточная аттестация (Зачет)
2.1	Болезни органов дыхания	84	12	54	18	-	Текущий контроль: собеседование
2.2	Болезни ССС	146	26	111	9	-	Текущий контроль: собеседование
2.3	Болезни органов пищеварения	84	12	58	14	-	Текущий контроль: собеседование
2.4	Болезни почек	42	6	27	9	-	Текущий контроль: собеседование
2.5	Болезни органов кроветворения	42	2	30	10	-	Текущий контроль: собеседование
2.6	Ревматические болезни	66	10	42	14	-	Текущий контроль: собеседование
2.7	Эндокринные болезни	18	2	12	4	-	Текущий контроль: собеседование
2.8	Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней	34	4	24	6		Текущий контроль: собеседование
	Итого	516	74	356	86	-	
Рабочая программа учебного модуля 3 «Смежные дисциплины»							Промежуточная аттестация (Зачет)
3.1	Инфекционные болезни	12	12	-	-	-	Текущий контроль: собеседование
	Итого	12	12	-		-	-
Рабочая программа учебного модуля 4 «Обучающий симуляционный курс»							Промежуточная аттестация (Зачет)

4.1	Базовая сердечно-легочная реанимация с дефибрилляцией	6	-	-	-	6	Текущий контроль: собеседование
4.2	Экстренная медицинская помощь взрослому	6	-	-	-	6	Текущий контроль: собеседование
4.3	Физикальное обследование пациента	12	-	-	-	12	Текущий контроль: собеседование
	Регистрация и интерпретация электрокардиограммы	6	-	-	-	6	
	Коммуникация	6	-	-	-	6	
	ИТОГО	36				36	
Итоговая аттестация		6			6	-	Экзамен
Всего		576	86	356	98	36	

Объем практической подготовки 392 ак.часов/ЗЕТ

2.2 Календарный учебный график

Учебные модули	1 месяц				2 месяц				3 месяц				4 месяц			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Специальные дисциплины	30	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	24	-	36	30
Смежные дисциплины	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-
Фундаментальные дисциплины	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Обучающий симуляционный курс	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	-	-
Итоговая аттестация	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6

2.3 Рабочие программы учебных модулей

МОДУЛЬ 1

Фундаментальные дисциплины

Код	Наименование тем (подтем, элементов, подэлементов)
1.1	Тема 1. Клиническая патофизиология
1.1.1	Элемент 1. Патогенез и морфогенез.
1.1.1.1	Подэлемент 1. Роль реактивности организма в патологии.
1.1.1.2	Подэлемент 2. Роль наследственности в патологии.
1.1.1.3	Подэлемент 3. Альтерация как основа патологии.

1.1.2	Элемент 2. Патофизиология воспаления.
1.1.2.1	Подэлемент 1. Патофизиология аутоиммунных заболеваний.
1.1.2.2	Подэлемент 2. Лихорадка.
1.1.3	Элемент 3. Патофизиология основных функциональных систем организма.
1.1.3.1	Подэлемент 1. Сердечно-сосудистая система.
1.1.3.2	Подэлемент 2. Органы дыхания.
1.1.3.3	Подэлемент 3. Органы пищеварения.
1.1.3.4	Подэлемент 4. Органы мочевыделения.
1.1.3.5	Подэлемент 5. Эндокринная система.
1.1.3.6	Подэлемент 6. Система кроветворения.
1.1.4	Элемент 4. Патофизиология экстремальных состояний.
1.1.4.1	Подэлемент 1. Гипоксия.
1.1.4.2	Подэлемент 2. Гипероксия.
1.1.5	Элемент 5. Патофизиология инфекционного процесса.
1.1.6	Элемент 6. Физиология и патофизиология важнейших функциональных систем и органов как основа применения лекарственных средств.
1.1.6.1.	Подэлемент 1. Патофизиология нарушений ритма и проводимости как основа применения лекарственных средств.
1.1.6.2	Подэлемент 2. Патофизиологические механизмы при артериальных гипертензиях как основа применения антигипертензивных средств.
1.1.6.3	Подэлемент 3. Патофизиология недостаточности кровообращения как основа применения лекарственных средств.
1.1.6.4	Подэлемент 4. Патофизиология липидного обмена и атеросклероза, ишемической болезни сердца как основа применения лекарственных средств.
1.1.6.5	Подэлемент 5. Патофизиологические механизмы дыхательной недостаточности и патофизиология дыхательной системы как основа применения лекарственных средств.
1.1.6.6	Подэлемент 6. Патофизиологические механизмы при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы как основа применения лекарственных средств.

МОДУЛЬ 2

Специальные дисциплины

Код	Наименование тем <i>(подтем, элементов, подэлементов)</i>
2.1	Тема 1. Болезни органов дыхания
2.1.1	Подтема 1.Обследования больных с заболеваниями органов дыхания.
2.1.1.1	Элемент 1.Оценка данных физикального обследования
2.1.1.2	Элемент 2. Оценка данных лабораторных методов исследования:
2.1.1.2.1	Подэлемент 1. Общего анализа крови
2.1.1.2.2	Подэлемент 2. Биохимических исследований крови
2.1.1.2.3	Подэлемент 3. Иммунологических исследований крови
2.1.1.2.4	Подэлемент 4. Общего анализа мокроты
2.1.1.2.5	Подэлемент 5. Бактериологического исследования мокроты
2.1.1.2.6	Подэлемент 6. Цитологического исследования мокроты
2.1.1.2.7	Подэлемент 7. Исследования лаважной жидкости

2.1.1.2.8	Подэлемент 8. Иммунологическое исследование мокроты
2.1.1.2.9	Подэлемент 9. Общего анализа мочи
2.1.1.3	Элемент 3. Оценка инструментальных методов исследования
2.1.1.3.1	Подэлемент 1. Рентгеноскопии
2.1.1.3.2	Подэлемент 2. Рентгенографии
2.1.1.3.3	Подэлемент 3. Томографии
2.1.1.3.4	Подэлемент 4. Компьютерной томографии
2.1.1.3.5	Подэлемент 5. Бронхографии
2.1.1.3.6	Подэлемент 6. ЭКГ
2.1.1.3.7	Подэлемент 7. ЭХО-КГ
2.1.1.3.8	Подэлемент 8. Магнитно-резонансной томографии
2.1.1.3.9	Подэлемент 9. Функции внешнего дыхания (фармакологических проб)
2.1.1.3.10	Подэлемент 10. Спирографии
2.1.1.3.11	Подэлемент 11. Пневмотахометрии
2.1.1.3.12	Подэлемент 12. Пикфлоуметрии
2.1.1.3.13	Подэлемент 13. Кислотно-основного состояния (КОС)
2.1.1.3.14	Подэлемент 14. Бронхоскопии с биопсией
2.1.1.3.15	Подэлемент 15. Чрескожной биопсии плевры
2.1.1.3.16	Подэлемент 16. Медиастиноскопии с биопсией
2.1.2	Подтема 2. Бронхит
2.1.2.1	Элемент 1. Бронхит острый
2.1.2.1.1	Подэлемент 1. Этиология
2.1.2.1.2	Подэлемент 2. Патогенез
2.1.2.1.3	Подэлемент 3. Классификация
2.1.2.1.4	Подэлемент 4. Клиника
2.1.2.1.5	Подэлемент 5. Лабораторная и функциональная диагностика
2.1.2.1.6	Подэлемент 6. Лечение
2.1.2.1.7	Подэлемент 7. Профилактика
2.1.2.2	Элемент 2. Бронхит хронический
2.1.2.2.1	Подэлемент 1. Определение понятия
2.1.2.2.2	Подэлемент 2. Распространенность
2.1.2.2.3	Подэлемент 3. Этиология.
2.1.2.2.4	Подэлемент 4. Патогенез.
2.1.2.2.5	Подэлемент 5. Патоморфология.
2.1.2.2.6	Подэлемент 6. Классификация.
2.1.2.2.7	Подэлемент 7. Диагностика:
2.1.2.2.7.1	Лабораторная
2.1.2.2.7.2	Функциональная
2.1.2.2.7.3	Рентгенографическая диагностика
2.1.2.2.8	Подэлемент 8. ХОБЛ
2.1.2.2.8.1	Этиология
2.1.2.2.8.2	Патогенез
2.1.2.2.8.3	Классификация
2.1.2.2.8.4	Клиника ХОБЛ.
2.1.2.2.9	Подэлемент 9. Клиника необструктивных бронхитов
2.1.2.2.10	Подэлемент 10. Осложнения хронического бронхита.
2.1.2.2.11	Подэлемент 11. Особенности течения заболевания в различных возрастных группах.
2.1.2.2.12	Подэлемент 12. Формулировка диагноза.
2.1.2.2.13	Подэлемент 13. Дифференциальная диагностика хронических

	бронхитов:
2.1.2.2.13.1	С бронхиальной астмой
2.1.2.2.13.2	С другими заболеваниями
2.1.2.2.14	Подэлемент 14. Показания к диагностической бронхоскопии и бронхографии.
2.1.2.2.15	Подэлемент 15. Лечение хронического бронхита:
2.1.2.2.15.1	Антибактериальными препаратами
2.1.2.2.15.2	Бронхолитиками
2.1.2.2.15.3	Отхаркивающими средствами
2.1.2.2.15.4	противовоспалительными средствами
2.1.2.2.15.5	Физиотерапевтическое лечение
2.1.2.2.15.6	Позиционный дренаж
2.1.2.2.15.7	Аэрозольная терапия
2.1.2.2.15.8	Санационная бронхоскопия
2.1.2.2.15.9	Рефлексотерапия
2.1.2.2.16	Подэлемент 16. Показания к стационарному лечению.
2.1.2.2.17	Подэлемент 17. Реабилитация больных хроническими бронхитами.
2.1.2.2.18	Подэлемент 18. Профилактика хронических бронхитов: первичная, вторичная.
2.1.2.2.19	Подэлемент 19. Экспертиза временной нетрудоспособности.
2.1.3	Подтема 3. Пневмония
2.1.3.1	Элемент 1. Этиология
2.1.3.2	Элемент 2. Факторы риска
2.1.3.3	Элемент 3. Патогенез
2.1.3.4	Элемент 4. Патоморфология
2.1.3.5	Элемент 5. Классификация
2.1.3.5.1	Подэлемент 1. Внебольничные (первичные) пневмонии
2.1.3.5.2	Подэлемент 2. Госпитальные (назокомиальные аспирационные).
2.1.3.5.3	Подэлемент 3. Атипичные
2.1.3.5.4	Подэлемент 4. Пневмония при иммунодефиците
2.1.3.6	Элемент 6. Клиника пневмоний различной этиологии
2.1.3.6.1	Подэлемент 1. Пневмококковая
2.1.3.6.2	Подэлемент 2. Стафилококковая
2.1.3.6.3	Подэлемент 3. Стрептококковая
2.1.3.6.4	Подэлемент 4. Фридлендера (Клебсиелла)
2.1.3.6.5	Подэлемент 5. Микоплазменная
2.1.3.6.6	Подэлемент 6. Легионеллезная и др.
2.1.3.6.7	Подэлемент 7. Вирусная
2.1.3.7	Элемент 7. Диагностика:
2.1.3.7.1	Подэлемент 1. Лабораторная
2.1.3.7.2	Подэлемент 2. Функциональная
2.1.3.7.3	Подэлемент 3. Рентгенологическая
2.1.3.8	Элемент 8. Особенности течения пневмоний в различных возрастных группах.
2.1.3.9	Элемент 9. Осложнения
2.1.3.10	Элемент 10. Формулировка диагноза
2.1.3.11	Элемент 11. Дифференциальный диагноз
2.1.3.12	Элемент 12. Лечение пневмоний
2.1.3.12.1	Подэлемент 1. Медикаментозное
2.1.3.12.1.1	Антибактериальная терапия (этиотропная, эмпирическая)

2.1.3.12.1.2	Дезинтоксикационная
2.1.3.12.1.3	Восстановление дренажных функций (разжижающее мокроту, отхаркивающая)
2.1.3.12.1.4	Бронхолитики
2.1.3.12.1.5	Противовоспалительные средства
2.1.3.12.1.6	Иммунолодулирующие
2.1.3.12.1.7	Симптоматическая терапия (сосудистые, антиоксиданты, коррекция нарушений микроциркуляции и др.)
2.1.3.12.2	Подэлемент 2. Немедикаментозные методы лечения (санационная бронхоскопия, назотрахеальная катетеризация, плазмаферез, низкоинтенсивные лазеры, физиотерапевтические методы и др.)
2.1.3.12.3	Особенности лечения пневмонии в различных возрастных группах
2.1.3.13	Профилактика пневмоний
2.1.3.14	Диспансеризация перенесших пневмонию
2.1.3.15	МСЭ
2.1.4	Подтема 4. Бронхиальная астма
2.1.4.1	Элемент 1. Определение понятия бронхиальная астма
2.1.4.2	Элемент 2. Этиология
2.1.4.3	Элемент 3. Биологические дефекты у здоровых людей, роль наследственности
2.1.4.4	Элемент 4. Классификация
2.1.4.5	Элемент 5. Патогенез основных форм
2.1.4.6	Элемент 6. Клинические особенности бронхиальной астмы
2.1.4.6.1	Подэлемент 1. Атопическая
2.1.4.6.2	Подэлемент 2. Инфекционно-зависимая
2.1.4.6.3	Подэлемент 3. Аспириновая
2.1.4.6.4	Подэлемент 4. Синдром физического усилия
2.1.4.6.5	Подэлемент 5. Ваготоническая
2.1.4.7	Элемент 7. Диагностика бронхиальной астмы:
2.1.4.7.1	Подэлемент 1. Специфическая
2.1.4.7.2	Подэлемент 2. Функциональная
2.1.4.7.3	Подэлемент 3. Провокационные и медикаментозные пробы
2.1.4.8	Элемент 8. Лечение бронхиальной астмы
2.1.4.8.1	Подэлемент 1. Лечебные программы при различных патогенетических вариантах бронхиальной астмы
2.1.4.8.2	Подэлемент 2. Специфическая терапия (гипосенсибилизация, десенсибилизация, иммуносорбция, цитаферез)
2.1.4.8.3	Подэлемент 3. Медикаментозная терапия
2.1.4.8.4	Подэлемент 4. Базисная противовоспалительная
2.1.4.8.5	Подэлемент 5. Бронходилататоры
2.1.4.8.6	Подэлемент 6. Лечение приступа бронхиальной астмы
2.1.4.8.7	Подэлемент 7. Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы (рефлексотерапия, спелеотерапия, лазеротерапия и др.)
2.1.4.8.8	Подэлемент 8. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы
2.1.4.8.9	Элемент 9. Астма-шкала
2.1.4.8.10	Элемент 10. Астматическое состояние
2.1.4.8.10.1	Подэлемент 1. Этиология
2.1.4.8.10.2	Подэлемент 2. Патогенез
2.1.4.8.10.3	Подэлемент 3. Классификация
2.1.4.8.10.4	. Подэлемент 4. Клиника

2.1.4.8.10.5	Подэлемент 5. Лечение
2.1.4.8.11	Элемент 11. Особенности течения бронхиальной астмы в различных возрастных группах
2.1.4.8.12	Элемент 12. Предастма (определение понятия «диспансеризация»)
2.1.4.8.13	Элемент 13. Диспансеризация больных бронхиальной астмой
2.1.4.8.14	Элемент 14. МСЭ
2.1.5	Подтема 5. Дыхательная недостаточность.
2.1.5.1	Элемент 1. Острая дыхательная недостаточность
2.1.5.1.1	Подэлемент 1. Классификация
2.1.5.1.2	Подэлемент 2. Гипоксия и гипоксемия. Гиперкапния
2.1.5.1.3	Подэлемент 3. Обструктивный тип дыхательной недостаточности
2.1.5.1.3.1	Интенсивная терапия
2.1.5.1.3.2	Показания к бронхоскопии и ИВЛ
2.1.5.1.4	Подэлемент 4. Рестриктивный тип дыхательной недостаточности
2.1.5.1.4.1	Интенсивная терапия
2.1.5.1.5	Подэлемент 5. Смешанный тип дыхательной недостаточности
2.1.5.1.5.1	Интенсивная терапия с учетом преобладающего типа дыхательной недостаточности
2.1.5.2	Элемент 2. Хроническая дыхательная недостаточность
2.1.5.2.1	Подэлемент 1. Определение
2.1.5.2.2	Подэлемент 2. Этиология
2.1.5.2.3	Подэлемент 3. Патогенез
2.1.5.2.4	Подэлемент 4. Лабораторная и функциональная диагностика
2.1.5.2.5	Подэлемент 5. Клиника
2.1.5.2.6	Подэлемент 6. Особенности течения в пожилом возрасте
2.1.5.2.7	Подэлемент 7. Дифференциальная диагностика
2.1.5.2.8	Подэлемент 8. Лечение
2.1.5.2.9	Подэлемент 9. Прогноз
2.1.5.2.10	Подэлемент 10. Реабилитация
2.1.5.2.11	Подэлемент 11. МСЭ
2.1.6	Подтема 6. Легочная гипертензия
2.1.6.1	Элемент 1. Определение понятия «легочное сердце»
2.1.6.2	Элемент 2. Этиология
2.1.6.3	Элемент 3. Патогенез, функциональные классы хронического легочного сердца
2.1.6.4	Элемент 4. Классификация
2.1.6.5	Элемент 5. Острая легочная гипертензия
2.1.6.5.1	Подэлемент 1. При тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
2.1.6.5.2	Подэлемент 2. Затянувшемся приступе бронхиальной астмы
2.1.6.5.3	Подэлемент 3. Тяжелой пневмонии
2.1.6.5.4	Подэлемент 4. Пневмотораксе
2.1.6.6	Элемент 6. Клиника различных вариантов хронического и подострого легочного сердца
2.1.6.6.1	Подэлемент 1. Бронхолегочного
2.1.6.6.2	Подэлемент 2. Васкулярного
2.1.6.6.3	Подэлемент 3. Торакодифрагмального
2.1.6.7	Элемент 7. Компенсированное легочное сердце
2.1.6.8	Элемент 8. Декомпенсированное легочное сердце
2.1.6.9	Элемент 9. Стадии сердечной недостаточности при легочном сердце
2.1.6.10	Элемент 10. Лечение хронического легочного сердца

2.1.6.10.1	Подэлемент 1.Лечение основного заболевания
2.1.6.10.2	Подэлемент 2. Лечение недостаточности кровообращения
2.1.6.10.3	Подэлемент 3. Особенности лечения больных в пожилом, старческом, подростковом возрасте
2.1.6.10.4	Подэлемент 4. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
2.1.6.10.5	Подэлемент 5. Санаторно-курортное лечение больных хроническим легочным сердцем
2.1.6.11	Элемент 11. Профилактика легочного сердца у подростков, в пожилом и старческом возрасте
2.1.6.11.1	Подэлемент 1.Первичная
2.1.6.11.2	Подэлемент 2. Вторичная
2.1.6.12	Элемент 12. Прогноз
2.1.6.13	Элемент 13. Реабилитация больных с легочным сердцем
2.1.6.14	Элемент 14. МСЭ
2.1.7	Подтема 7. Болезни плевры
2.1.7.1	Элемент 1. Этиология
2.1.7.2	Элемент 2. Патогенез
2.1.7.3	Элемент 3. Классификация
2.1.7.4	Элемент 4. Диагностика функциональная и рентгенологическая
2.1.7.5	Элемент 5. Клиника плевритов различной этиологии
2.1.7.5.1	Подэлемент 1. Сухих
2.1.7.5.2	Подэлемент 2. Экссудативных
2.1.7.5.3	Подэлемент 3. Особенности клиники и зависимости от этиологии
2.1.7.6	Элемент 6. Эмпиема плевры
2.1.7.6.1	Подэлемент 1. Этиология и патогенез
2.1.7.6.2	Подэлемент 2. Клиника
2.1.7.6.3	Подэлемент3. Лечение
2.1.7.7	Элемент 7. Дифференциальная диагностика экссудата
2.1.7.7.1	Подэлемент1. Техника пункции
2.1.7.7.2	Подэлемент 2. Оценка экссудата
2.1.7.8	Элемент 8. Лечение плевритов
2.1.7.8.1	Подэлемент 1. Консервативное
2.1.7.8.2	Подэлемент 2. Хирургическое
2.1.7.8.3	Подэлемент 3. Санаторно-курортное
2.1.7.9	Элемент 9. Диспансеризация реконвалесцентов
2.1.7.10	Элемент 10. МСЭ
2.1.8.	Подтема 8. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (синдром или болезнь Хаммена-Рича)
2.1.8.1	Элемент1.Этиология
2.1.8.2	Элемент2. Патогенез
2.1.8.3	Элемент3.Морфология
2.1.8.4	Элемент4. Клиника
2.1.8.5	Элемент5. Лабораторная и функциональная диагностика
2.1.8.6	Элемент6. Чрезбронхиальная биопсия легких
2.1.8.7	Элемент7. Трансторакальная биопсия легких
2.1.8.7.1	Подэлемент 1. Противопоказания к трансторакальная биопсии легких
2.1.8.8	Элемент 8. Осложнения идиопатического фиброзирующего альвеолита
2.1.8.9	Элемент 9. Дифференциальная диагностика

2.1.8.9.1	Подэлемент1. С саркоидозом легких II-III стадии
2.1.8.9.2	Подэлемент2. Острой двусторонней пневмонией
2.1.8.9.3	Подэлемент3. Гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких
2.1.8.9.4	Подэлемент4. Поражением легких при диффузных болезнях соединительной ткани
2.1.8.9.11	Элемент11. Лечение
2.1.8.9.12	Элемент12. Прогноз
2.1.8.9.13	Элемент13. МСЭ
2.1.8.9.14	Элемент14. Диспансеризация
2.1.9	Подтема 9. Саркоидоз
2.1.9.1	Элемент 1.Этиология
2.1.9.2	Элемент2. Патогенез
2.1.9.3	Элемент3. Патоморфология
2.1.9.4	Элемент4. Функциональная, морфологическая и рентгенологическая диагностика
2.1.9.5	Элемент5. Клиника
2.1.9.6	Элемент6. Диагноз
2.1.9.7	Элемент7. Лечение
2.1.9.8	Элемент8. Прогноз
2.1.9.9	Элемент9. Реабилитация
2.1.9.10	Элемент10. МСЭ
2.1.10	Подтема 10. Нагноительные заболевания легких
2.1.10.1	Элемент 1. Абсцесс легкого
2.1.10.1.1	Подэлемент 1. Этиология
2.1.10.1.2	Подэлемент 2. Патогенез
2.1.10.1.3	Подэлемент 3. Патоморфология
2.1.10.1.4	Подэлемент 4. Классификация
2.1.10.1.5	Подэлемент 5. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая
2.1.10.1.6	Подэлемент 6. Клиника острого абсцесса
2.1.10.1.7	Подэлемент 7. Особенности течения заболевания
2.1.10.1.7.1	Возрастные особенности течения заболевания
2.1.10.1.7.2	При сочетании с другими соматическими заболеваниями
2.1.10.1.8	Подэлемент 8. Дифференциальная диагностика
2.1.10.1.9	Подэлемент 9. Лечение острого абсцесса
2.1.10.2	Элемент 2. Стафилококковая деструкция легких
2.1.10.2.1	Подэлемент 1. Особенности этиологии и патогенеза
2.1.10.2.2	Подэлемент 2. Особенности клиники
2.1.10.2.3	Подэлемент 3. Особенности лечения
2.1.10.3	Элемент 3. Гангрена легких
2.1.10.3.1	Подэлемент 1. Особенности этиологии, патогенеза
2.1.10.3.2	Подэлемент 2. Особенности клиники
2.1.10.3.3	Подэлемент 3. Особенности лечения
2.1.10.4	Элемент 4. Хронический абсцесс легкого
2.1.10.4.1	Подэлемент 1. Клиника
2.1.10.4.2	Подэлемент 2. Возрастные особенности течения заболевания:
2.1.10.4.2.1	. При сочетании с другими соматическими заболеваниями
2.1.10.4.3	Подэлемент 3. Дифференциальная диагностика
2.1.10.4.4	Подэлемент 4. Лечение больных абсцессами легких
2.1.10.4.4.1	Антибактериальной терапией

2.1.10.4.4.2	Отхаркивающими средствами
2.1.10.4.4.3	Бронхолитиками
2.1.10.4.4.4	Десенсибилизирующими препаратами
2.1.10.4.4.5	Общеукрепляющими средствами
2.1.10.4.4.6	Санационная бронхоскопия
2.1.10.4.4.7	Назотрахеальная катетеризация
2.1.10.4.4.8	Позиционный дренаж
2.1.10.4.4.9	Аэрозольная терапия
2.1.10.4.4.10	Пункционное лечение
2.1.10.4.4.11	Хирургическое лечение
2.1.10.4.5	Подэлемент 5. Прогноз
2.1.10.4.6	Подэлемент 6. Реабилитация
2.1.10.4.7	Подэлемент 7. Диспансеризация
2.1.10.4.8	Подэлемент 8. МСЭ
2.1.10.6	Элемент 6. Бронхоэктатическая болезнь
2.1.10.6.1	Подэлемент 1. Этиология
2.1.10.6.2	Подэлемент 2. Патогенез
2.1.10.6.3	Подэлемент 3. Патоморфология
2.1.10.6.4	Подэлемент 4. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая
2.1.10.6.5	Подэлемент 5. Классификация
2.1.10.6.6	Подэлемент 6. Клиника
2.1.10.6.7	Подэлемент 7. Возрастные особенности течения заболевания
2.1.10.6.8	Подэлемент 8. Дифференциальная диагностика
2.1.10.6.9	Подэлемент 9. Лечение
2.1.10.6.10	Подэлемент10. Антибактериальными препаратами
2.1.10.6.11	Подэлемент11. Отхаркивающими средствами
2.1.10.6.12	Подэлемент12. Бронхолитиками
2.1.10.6.13	Подэлемент13. Санационная бронхоскопия
2.1.10.6.14	Подэлемент14. Назотрахеальная катетеризация
2.1.10.6.15	Подэлемент15. Аэрозольная терапия
2.1.10.6.16	Подэлемент16. Позиционный дренаж
2.1.10.6.17	Подэлемент17. Показания к хирургическому лечению
2.1.10.6.18	Подэлемент18. Санаторно-курортное лечение
2.1.10.6.19	Подэлемент19. Прогноз
2.1.10.6.20	Подэлемент 20. Профилактика
2.1.10.6.20.1	Первичная
2.1.10.6.20.2	Вторичная
2.1.10.6.21	Подэлемент21. Диспансеризация
2.1.10.6.22	Подэлемент22. МСЭ
2.2	Тема 2: Болезни сердечно-сосудистой системы
2.2.1	Подтема 1. Методы обследования больных с сердечно-сосудистой патологией
2.2.1.1	Элемент 1. Оценка физикальных методов исследования
2.2.1.2	Элемент2. Оценка лабораторных методов исследования
2.2.1.2.1	Подэлемент 1.Общего анализа крови
2.2.1.2.2	Подэлемент 2. Биохимического исследования крови
2.2.1.2.3	Подэлемент 3. Исследования мочи
2.2.1.3	Элемент3. Оценка инструментальных методов исследования
2.2.1.3.1	Подэлемент 1. Электрокардиографии

2.2.1.3.2	Подэлемент2. Нагрузочных проб, ЭКГ-пробы лекарственной пробы
2.2.1.3.3	Подэлемент 3. Суточного ЭКГ-мониторирования
2.2.1.3.4	Подэлемент 4. Суточного мониторингирования АД
2.2.1.3.5	Подэлемент 5. Ревовазографии
2.2.1.3.6	Подэлемент 6. Эхокардиографии
2.2.1.3.7	Подэлемент 7. Стресс-эхокардиографии
2.2.1.3.8	Подэлемент8. Контрастной эхокардиографии
2.2.1.3.9	Подэлемент9. Чреспищеводной эхокардиографии
2.2.1.3.10	Подэлемент10. Пульсоксиметрии
2.2.1.3.11	Подэлемент 11. Лодыжечно-плечевого индекса
2.2.1.4	Элемент 4.Диагностические возможности в оценке состояния сердца и сосудов при рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки
2.2.1.4.1	Подэлемент 1. Состояние малого круга кровообращения
2.2.1.4.2	Подэлемент 2. Размеров и конфигурации сердца в норме и при сердечно-сосудистых заболеваниях
2.2.1.4.3	Подэлемент 3. Томографии органов грудной клетки
2.2.1.4.4	Подэлемент 4. Компьютерной томографии
2.2.1.5	Элемент 5. Диагностические возможности ангиокардиографии
2.2.1.5.1	Подэлемент1. Коронарографии
2.2.1.5.2	Подэлемент 2. Аортографии
2.2.1.5.3	Подэлемент 3. Вентрикулографии
2.2.1.6	Элемент 6. Ангиокардиографические изменения при заболеваниях сердца и сосудов
2.2.1.7	Элемент 7. Диагностические и функциональные возможности радионуклидных методов исследования
2.2.1.7.1	Подэлемент 1. Радионуклидная визуализация миокарда
2.2.1.7.2	Подэлемент 2.Радионуклидная визуализация полостей сердца и сосудов
2.2.1.7.3	Подэлемент 3.Радионуклидная оценка кровотока в органах и тканях
2.2.1.7.4	Подэлемент 4.Оценка коронарного кровотока
2.2.1.7.5	Перфузионная сцинтиграфия легких
2.2.1.7.6	Компьютерная радионуклидная томография
2.2.1.8	Диагностические и функциональные возможности МРТ
2.2.2	Подтема 2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС)
2.2.2.1	Элемент 1. Определение понятия ИБС
2.2.2.2	Элемент 2. Этиология
2.2.2.3	Элемент 3. Патогенез
2.2.2.4	Элемент 4. Патоморфология
2.2.2.5	Элемент 5. Эпидемиология
2.2.2.6	Элемент 6. Факторы риска
2.2.2.7	Элемент 7. Классификация ИБС по ВОЗ
2.2.2.8	Элемент 8. Клинические формы стенокардии
2.2.2.9	Элемент 9. Стенокардия, определение понятия, клиника
2.2.2.10	Элемент 10. Стенокардия напряжения, клиника, классификация
2.2.2.11	Элемент 11. Впервые возникшая стенокардия и варианты ее течения
2.2.2.12	Элемент 12. Спонтанная (вариантная) стенокардия Принцметала
2.2.2.13	Элемент 13. Безболевого ишемия миокарда
2.2.2.14	Элемент 14. Понятия «стабильная» и «нестабильная» стенокардия
2.2.2.15	Элемент 15.Понятия «острый коронарный синдром»
2.2.2.16	Элемент 16. Варианты нестабильной стенокардии
2.2.2.17	Элемент 17. Промежуточный коронарный синдром («оглушенный»)

	миокард)
2.2.2.18	Элемент 18. Дифференциальный диагноз стенокардии с болями в грудной клетке другой этиологии
2.2.2.19	Элемент 19. Постинфарктный кардиосклероз
2.2.2.20	Элемент 20. Безболевые и аритмические формы ИБС (аритмический вариант и сердечная недостаточность)
2.2.2.21	Элемент 21. Внезапная смерть при ИБС
2.2.2.21.1	Подэлемент 1. Факторы риска внезапной смерти
2.2.2.21.2	Подэлемент 2. Предвестники первичной фибрилляции желудочков у больных ИБС
2.2.2.21.3	Подэлемент 3. Профилактика внезапной смерти у больных ИБС
2.2.2.22	Элемент 22. Современные методы диагностики ИБС
2.2.2.22.1	Подэлемент 1. Клинические методы
2.2.2.22.2	Подэлемент 2. Электрокардиография покоя
2.2.2.22.3	Подэлемент 3. Функциональные ЭКГ пробы
2.2.2.22.4	Подэлемент 4. ЭКГ-мониторирование
2.2.2.22.5	Подэлемент 5. Эхокардиография
2.2.2.22.6	Подэлемент 6. Стресс-эхокардиография
2.2.2.22.7	Подэлемент 7. Инструментальные инвазивные методы (тесты) чреспищеводной стимуляции)
2.2.2.22.8	Подэлемент 8. Рентгеноконтрастные и внутрисердечные методы (селективная коронароангиография, вентрикулография, манометрия)
2.2.2.22.9	Подэлемент 9. Радиоизотопные методы исследования (сцинтиграфия миокарда, радионуклидная вентрикулография)
2.2.2.22.10	Подэлемент 10. Лабораторная диагностика (липидный, углеводный, белковый обмен) свертывающая и антисвертывающая система крови
2.2.2.23	Элемент 23. Особенности лечения различных вариантов ИБС
2.2.2.24	Элемент 24. Профилактика
2.2.2.25	Элемент 25. Реабилитация больных ИБС
2.2.2.26	Элемент 26. Диспансеризация
2.2.2.27	Элемент 27. МСЭ
2.2.3	Подтема 3. Инфаркт миокарда
2.2.3.1	Элемент 1. Определение понятия «инфаркт миокарда»
2.2.3.2	Элемент 2. Этиология и патогенез
2.2.3.2.1	Подэлемент 1. Атеросклероз коронарных артерий
2.2.3.2.2	Подэлемент 2. Тромботическая окклюзия
2.2.3.2.3	Подэлемент 3. Спазм коронарных артерий
2.2.3.2.4	Подэлемент 4. Роль повреждения интимы
2.2.3.2.5	Подэлемент 5. Роль тромбоцитов
2.2.3.2.6	Подэлемент 6. Роль нейрогенных и гуморальных факторов
2.2.3.3	Элемент 3. Патофизиологические и патоморфологические изменения после локального прекращения коронарного кровотока
2.2.3.3.1	Подэлемент 1. Электрофизиологические нарушения
2.2.3.3.2	Подэлемент 2. Нарушение сократимости
2.2.3.3.3	Подэлемент 3. Некроз миокарда
2.2.3.4	Элемент 4. Клиника и диагностика инфаркта миокарда
2.2.3.4.1	Подэлемент 1. Клинические варианты
2.2.3.4.2	Подэлемент 2. Крупноочаговый (в т.ч. трансмуральный)
2.2.3.4.3	Подэлемент 3. Мелкоочаговый
2.2.3.4.4	Подэлемент 4. Клиническое течение ИМ (первичный, рецидивирующий,

	повторный)
2.2.3.4.5	Подэлемент 5. Особенности течения в зависимости от локализации
2.2.3.4.6	Подэлемент 6. Изменения эхокардиографии
2.2.3.4.7	Подэлемент 7. Изменения ЭКГ
2.2.3.4.8	Подэлемент 8. Изменение активности ферментов сыворотки крови
2.2.3.4.9	Подэлемент 9. Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда
2.2.3.4.9.1	Изменения периферической крови
2.2.3.4.9.2	Радионуклидные методы
2.2.3.4.9.3	Рентгенография органов грудной клетки
2.2.3.4.9.4	Компьютерная томография
2.2.3.4.9.5	Коронароангиография
2.2.3.4.9.6	Показания к вентрикулографии
2.2.3.4.9.7	МРТ
2.2.3.5	Элемент 5. Лечение «неосложненного» инфаркта миокарда
2.2.3.5.1	Подэлемент 1. Общие принципы лечения
2.2.3.5.2	Подэлемент 2. Купирование ангинозного приступа и его эквивалентов
2.2.3.5.3	Подэлемент 3. Лечение и профилактика нарушений ритма
2.2.3.5.4	Подэлемент 4. Антикоагулянтная и тромболитическая терапия
2.2.3.5.5	Подэлемент 5. Возможности лекарственных воздействий с целью ограничения размеров инфаркта миокарда
2.2.3.5.6	Подэлемент 6. Профилактика тромбоэмболических осложнений, антиагрегатная терапия, непрямые антикоагулянты
2.2.3.5.7	Подэлемент 7. ЛФК и госпитальная стадия физической реабилитации
2.2.3.5.8	Подэлемент 8. Ранняя активизация больных
2.2.3.5.9	Подэлемент 9. Стентирование
2.2.3.5.10	Подэлемент 10. Аорто-коронарное шунтирование
2.2.3.6	Элемент 6. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда
2.2.3.6.1	Подэлемент 1. Нарушение ритма и проводимости: пароксизмальные тахикардии, экстрасистолы, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков, брадиаритмии и нарушения проводимости (синоатриальные и атриовентрикулярные блокады, СССУ).
2.2.3.6.2	Подэлемент 2. Острая недостаточность кровообращения: Роль неинвазивных инвазивных методов контроля за гемодинамикой. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Кардиогенный шок и его варианты.
2.2.3.6.3	Подэлемент 3. Другие осложнения инфаркта миокарда: Разрывы сердца, эпистенокардитический перикардит, аневризма сердца, тромбоэндокардит, тромбоэмболические осложнения. Парез желудочно-кишечного тракта, эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта. Острая атония мочевого пузыря. Застойная пневмония. Постинфарктный синдром. Личностные расстройства.
2.2.3.7	Элемент 7. Профилактика инфаркта миокарда и реабилитация больных инфарктом миокарда
2.2.3.7.1	Подэлемент 1. Первичная профилактика: раннее выявление и коррекция факторов риска ИБС, раннее выявление и лечение ИБС
2.2.3.7.2	Подэлемент 2. Вторичная профилактика: эффективное лечение ИБС и реабилитация больных после инфаркта миокарда. Современные возможности медикаментозной профилактики повторных инфарктов миокарда. Хирургическое лечение.
2.2.3.8	Элемент 8. Реабилитация больных инфарктом миокарда
2.2.3.8.1	Подэлемент 1. Стационарный этап реабилитации больных инфарктом

	миокарда
2.2.3.8.2	Подэлемент 2. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда в условиях санатория
2.2.3.8.3	Подэлемент 3. Поликлинический этап реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Принципы диспансеризации и наблюдения
2.2.3.8.4	Подэлемент 4. Длительные физические тренировки больных, перенесших инфаркт миокарда
2.2.3.9	Элемент 9. МСЭ
2.2.3.10	Элемент 10. Постинфарктный кардиосклероз
2.2.3.10.1	Подэлемент 1. Варианты клинического течения
2.2.3.10.2	Подэлемент 2. Постинфарктный кардиосклероз как единственное проявление ИБС
2.2.3.10.3	Подэлемент 3. Сочетание с другими клиническими формами ИБС
2.2.4	Подтема 4. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии
2.2.4.1	Элемент 1. Определение
2.2.4.2	Элемент 2. Эпидемиология
2.2.4.3	Элемент 3. Этиология и патогенез гипертонической болезни
2.2.4.4	Элемент 4. Факторы риска
2.2.4.5	Элемент 5. Классификация гипертонической болезни
2.2.4.6	Элемент 6. Клиническая картина различных стадий гипертонической болезни
2.2.4.7	Элемент 7. Осложнения гипертонической болезни
2.2.4.8	Гипертонический криз
2.2.4.8.1	Подэлемент 1. Определение
2.2.4.8.2	Подэлемент 2. Патогенез
2.2.4.8.3	Подэлемент 3. Клиника
2.2.4.8.4	Подэлемент 4. Осложнения
2.2.4.8.5	Подэлемент 5. Терапия гипертонических кризов
2.2.4.9	Элемент 9. Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте
2.2.4.10	Элемент 10. Диагностическое значение различных методов исследования при гипертонической болезни
2.2.4.10.1	Подэлемент 1. Исследование центральной и периферической гемодинамики.
2.2.4.10.2	Подэлемент 2. Мониторирование АД
2.2.4.10.3	Подэлемент 3. Исследование глазного дна
2.2.4.10.4	Подэлемент 4. Рентгенография
2.2.4.10.5	Подэлемент 5. Компьютерная томография
2.2.4.10.6	Подэлемент 6. Электрокардиография
2.2.4.10.7	Подэлемент 7. Эхокардиография
2.2.4.10.8	Подэлемент 8. Эходоплеркардиография
2.2.4.10.9	Подэлемент 9. Рентгеноконтрастные методы исследования
2.2.4.10.10	Подэлемент 10. Радиоизотопные методы исследования
2.2.4.10.11	Подэлемент 11. Биохимические и лабораторные методы исследования
2.2.4.10.12	Подэлемент 12. Определение лодыжечно-плечевого индекса
2.2.4.10.13	Подэлемент 13. Определение скорости пульсовой волны
2.2.4.10.14	Подэлемент 14. Магнитно-резонансная томография
2.2.4.10.15	Подэлемент 15. Магнитно-резонансная ангиография

2.2.4.11	Элемент 11. Профилактика гипертонической болезни
2.2.4.11.1	Подэлемент 1. Первичная профилактика
2.2.4.11.2	Подэлемент 2. Социально-гигиенические мероприятия
2.2.4.11.3	Подэлемент 3. Немедикаментозные методы терапии
2.2.4.11.4	Подэлемент 4. Диета, физическая активность
2.2.4.12	Элемент 12. Медикаментозное лечение гипертонической болезни и кризов
2.2.4.12.1	Подэлемент 1. Тактика гипотензивной терапии в зависимости от степени АГ и общего сердечно-сосудистого риска
2.2.4.12.2	Подэлемент 2. Мероприятия на различных уровнях по повышению приверженности к лечению
2.2.4.12.3	Подэлемент 3. Базовый алгоритм медикаментозной терапии при АГ
2.2.4.12.4	Подэлемент 4. Препараты первой линии при лечении АГ, относительные и абсолютные противопоказания
2.2.4.12.5	Подэлемент 5. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
2.2.4.12.6	Подэлемент 6. Блокаторы рецепторов ангиотензина II
2.2.4.12.7	Подэлемент 7. Кальциевые антагонисты
2.2.4.12.8	Подэлемент 8. Диуретики
2.2.4.12.9	Подэлемент 9. Бета-адреноблокаторы
2.2.4.12.10	Подэлемент 10. Антагонисты альдостерона
2.2.4.12.11	Подэлемент 11. Агонисты имидазолиновых рецепторов
2.2.4.12.12	Подэлемент 12. Блокаторы альфа-адренорецепторов
2.2.4.12.13	Подэлемент 13. Периферические вазодилататоры
2.2.4.12.14	Подэлемент 14. Преимущества комбинированной медикаментозной терапии
2.2.4.13	Элемент 13. Вторичная профилактика гипертонической болезни
2.2.4.14	Элемент 14. Симптоматические гипертензии
2.2.4.14.1	Подэлемент 1. Нефрогенные гипертензии вследствие воспалительного поражения почек (гломерулонефрит, пиелонефрит, другие поражения)
2.2.4.14.2	Подэлемент 2. Реноваскулярные гипертензии (атеросклероз почечных артерий, фибромышечная дисплазия, неспецифический аортоартериит)
2.2.4.14.3	Подэлемент 3. Артериальные гипертензии вследствие поражения сердца и крупных сосудов (коарктация аорты, атеросклероз аорты, поражение сонных и позвоночных артерий, недостаточность аортального клапана, полная А-V блокада)
2.2.4.14.4	Подэлемент 4. Эндокринные гипертензии (первичный гиперальдостеронизм, феохромоцитома, болезнь Иценко-Кушинга)
2.2.4.14.5	Подэлемент 5. Центрогенные артериальные гипертензии (энцефалиты, опухоли, травмы черепа и др.)
2.2.4.14.6	Подэлемент 6. Артериальные гипертензии, связанные с приемом лекарственных средств (АТТГ и кортикостероиды, гормональные контрацептивы, другие лекарственные средства)
2.2.4.14.7	Подэлемент 7. Артериальные гипертензии у беременных (поздний токсикоз беременных, эклампсия)
2.2.4.15	Элемент 15. Реабилитация
2.2.4.16	Элемент 16. МСЭ
2.2.5	Подтема 5. Синдром вегетативной дисфункции (НЦА)
2.2.5.1	Элемент 1. Этиология, патогенез
2.2.5.2	Элемент 2. Клиника
2.2.5.3	Элемент 3. Вегетативные кризы

2.2.5.4	Элемент 4. Диагностика
2.2.5.5	Элемент 5. Лечение
2.2.5.6	Элемент 6. Профилактика
2.2.6	Подтема 6. Болезни миокарда
2.2.6.1	Элемент 1.Классификация заболеваний миокарда
2.2.6.2	Элемент 2. Миокардиты
2.2.6.2.1	Подэлемент1. Ревматические
2.2.6.2.2	Подэлемент 2. Неревматические
2.2.6.2.3	Подэлемент 3. Инфекционные
2.2.6.2.4	Подэлемент4. Неинфекционные (при аллергических и токсических реакциях, при химических и физических воздействиях)
2.2.6.2.5	Подэлемент5. Идиопатический миокардит (злокачественного течения)
2.2.6.2.6	Подэлемент 6. Миокардиты при диффузных заболеваниях соединительной ткани
2.2.6.2.7	Подэлемент 7. Клиника и критерии диагностики
2.2.6.2.8	Подэлемент 8. Клинико-лабораторные признаки предшествующей инфекции и другого этиологического фактора
2.2.6.2.9	Подэлемент 9. Дифференциальная диагностика
2.2.6.2.10	Подэлемент 10. Течение миокардитов (острые, подострые, рецидивирующие)
2.2.6.2.11	Подэлемент 11. Характер поражения миокарда (очаговый, диффузный)
2.2.6.2.12	Подэлемент 12. Исходы миокардитов
2.2.6.2.13	Подэлемент 13. Лечение
2.2.6.3	Элемент 3. Дистрофия миокарда (вторичные КМП)
2.2.6.3.1	Подэлемент1. Основные этиологические факторы
2.2.6.3.2	Подэлемент2. Нарушения биоэнергетических процессов в миокарде при миокардиодистрофии
2.2.6.3.3	Подэлемент3. Патоморфология
2.2.6.3.4	Подэлемент 4. Дисгормональная дистрофия миокарда
2.2.6.3.5	Подэлемент 5. Токсическая дистрофия миокарда
2.2.6.3.6	Подэлемент 6. Дистрофия миокарда вследствие физического перенапряжения
2.2.6.3.7	Подэлемент 7. Клиника и диагностика миокардиодистрофий
2.2.6.3.8	Подэлемент 8. Лечение
2.2.6.4	Элемент 4. Кардиомиопатии
2.2.6.4.1	Подэлемент 1.Дилатационная кардиомиопатия.
2.2.6.4.1.1	Патоморфология и патофизиология.
2.2.6.4.1.2	Клинические проявления и варианты течения.
2.2.6.4.1.3	Основные методы инструментального обследования: ЭКГ. Эхокардиография. Рентгенологическое исследование. Радионуклидная вентрикулография и сцинтиграфия. Катетеризация сердца с оценкой гемодинамики. Коронароангиография.
2.2.6.4.2	Подэлемент 2.Гипертрофическая кардиомиопатия.
2.2.6.4.2.1	Патоморфология(особенности).
2.2.6.4.2.2	Роль нарушений диастолической функции левого желудочка в патогенезе клинических проявлений гипертрофической кардиомиопатии.
2.2.6.4.2.3	Клиника, диагностика, варианты течения.
2.2.6.4.2.4	Нарушения ритма у больных с гипертрофическойкардиопатией.Частота внезапной смерти .

2.2.6.4.2.5	Основные инструментальные методы диагностики.
2.2.6.4.2.6	Лечение.
2.2.6.4.2.7	Показания к хирургическому лечению.
2.2.6.4.3	Подэлемент 3. Рестриктивная кардиомиопатия. Патоморфология. Клиника. Нарушение гемодинамики. Дифференциальный диагноз. Лечение (консервативное, показания к оперативному лечению).
2.2.6.5	Элемент 5. Реабилитация
2.2.6.6	Элемент 6. МСЭ
2.2.7	Подтема 7. Инфекционный эндокардит
2.2.7.1	Элемент 1. Этиология. Виды возбудителей
2.2.7.2	Элемент 2. Патогенез, фазы заболевания
2.2.7.3	Элемент 3. Патоморфология
2.2.7.4	Элемент 4. Первичный эндокардит
2.2.7.5	Элемент 5. Вторичный эндокардит
2.2.7.6	Элемент 6. Особенности клинических проявлений в зависимости от варианта локализации инфекции и течения
2.2.7.7	Элемент 7. Особенности течения у лиц пожилого возраста
2.2.7.8	Элемент 8. Иммунные нарушения при инфекционном эндокардите
2.2.7.9	Элемент 9. Лабораторные показатели
2.2.7.10	Элемент 10. Лечение
2.2.7.11	Элемент 11. Хирургические методы лечения
2.2.7.12	Элемент 12. Прогноз
2.2.7.13	Элемент 13. Профилактика
2.2.7.14	Элемент 14. Реабилитация
2.2.7.15	Элемент 15. МСЭ
2.2.8	Подтема 8. Нарушения ритма сердца и проводимости
2.2.8.1	Элемент 1. Этиология и патогенез нарушений ритма
2.2.8.1.1	Подэлемент 1. Состояния, способствующие возникновению аритмий (синдромы предвозбуждения и укороченного PQ, нарушения электролитного обмена, лекарственные препараты)
2.2.8.1.2	Подэлемент 2. «Идиопатические» нарушения ритма
2.2.8.1.3	Подэлемент 3. Электрофизиологические механизмы аритмий
2.2.8.2	Элемент 2. Диагностика нарушений ритма
2.2.8.2.1	Подэлемент 1. Анамнез и физикальные данные
2.2.8.2.2	Подэлемент 2. Электрокардиография в диагностике нарушений ритма
2.2.8.2.3	Подэлемент 3. Длительная регистрация ЭКГ (суточное холтеровское мониторирование)
2.2.8.2.4	Подэлемент 4. ЭКГ-проба с физической нагрузкой, фармакологические пробы
2.2.8.2.5	Подэлемент 5. Электрофизиологические методы исследования
2.2.8.3	Элемент 3. Эктопические комплексы и ритмы
2.2.8.3.1	Подэлемент 1. Экстрасистолия
2.2.8.3.2	Подэлемент 2. Показания к лечению
2.2.8.4	Элемент 4. Парасистолия
2.2.8.4.1	Подэлемент 1. Выскальзывающие сокращения и ритмы
2.2.8.4.2	Подэлемент 2. Состояния, приводящие к возникновению выскальзывающих сокращений и ритмов
2.2.8.4.3	Подэлемент 3. Ускоренные ритмы сердца
2.2.8.4.4	Подэлемент 4. Лечение
2.2.8.5	Элемент 5. Тахикардии и тахиаритмии

2.2.8.5.1	Подэлемент 1. Варианты клинического течения тахикардий (пароксизмальные, хронические, постоянно рецидивирующие)
2.2.8.5.2	Подэлемент 2. Наджелудочковые тахикардии (предсердные и АВ тахикардии, АВ тахикардии при синдроме WPW)
2.2.8.5.3	Подэлемент 3. Мерцание и трепетание предсердий
2.2.8.5.4	Подэлемент 4. Особенности лечения пароксизмальных тахикардий
2.2.8.5.5	Подэлемент 5. Особенности течения и лечения пароксизмальных тахикардий при синдромах предвозбуждения желудочков (CLC, WPW)
2.2.8.5.6	Подэлемент 6. Лечение хронических тахикардий (устранение тахикардий, урежение частоты сердечных сокращений)
2.2.8.6	Элемент 6. Желудочковые тахикардии и тахикардии
2.2.8.6.1	Подэлемент 1. Варианты желудочковых тахикардий
2.2.8.6.2	Подэлемент 2. Диагностика желудочковых тахикардий
2.2.8.6.3	Подэлемент 3. Трепетание и фибрилляция желудочков
2.2.8.6.4	Подэлемент 4. Тактика лечения желудочковых тахикардий
2.2.8.7	Элемент 7. Брадикардии и нарушения проводимости
2.2.8.7.1	Подэлемент 1. Нарушения функции синусового узла
2.2.8.7.2	Подэлемент 2. Способы оценки функции синусового узла
2.2.8.7.3	Подэлемент 3. Неотложная помощь при острых нарушениях функции синусового узла
2.2.8.7.4	Подэлемент 4. Показания к электрокардиостимуляции у больных с нарушением функции синусового узла
2.2.8.7.5	Подэлемент 5. Нарушение внутрипредсердной проводимости
2.2.8.7.6	Подэлемент 6. Синоатриальные блокады (клиника, диагностика, ЭКГ)
2.2.8.7.7	Подэлемент 7. Атриовентрикулярные блокады
2.2.8.7.8	Подэлемент 8. Неотложная помощь при А-В блокадах 2-3 степени (приступы, Морганьи-Эдамса-Стокса)
2.2.8.7.9	Подэлемент 9. Типы искусственных водителей ритма
2.2.8.7.10	Подэлемент 10. Показания к имплантации искусственного водителя ритма сердца
2.2.8.7.11	Подэлемент 11. Нарушения внутрижелудочковой проводимости
2.2.8.8	Элемент 8. Лечение больных с нарушениями ритма
2.2.8.8.1	Подэлемент 1. Фармакотерапия аритмий (этиотропное лечение, антиаритмические препараты)
2.2.8.8.2	Подэлемент 2. Электростимуляция сердца (временная, постоянная)
2.2.8.8.3	Подэлемент 3. Электростимуляция сердца (экстренная, плановая)
2.2.8.8.4	Подэлемент 4. Показания к хирургическому лечению аритмий
2.2.8.9	Элемент 9. Профилактика нарушений ритма
2.2.8.10	Элемент 10. МСЭ
2.2.9	Подтема 9. Сердечная недостаточность
2.2.9.1	Элемент 1. Этиология
2.2.9.2	Элемент 2. Патогенез сердечной недостаточности и ее формы
2.2.9.3	Элемент 3. Диагностика, инструментальные методы
2.2.9.3.1	Подэлемент 1. Рентгенологическое исследование
2.2.9.3.2	Подэлемент 2. Эхокардиография
2.2.9.3.3	Подэлемент 3. Электрокардиография
2.2.9.3.4	Подэлемент 4. Радионуклидная вентрикулография
2.2.9.3.5	Подэлемент 5. Определение максимального потребления кислорода (спироэргометрия)
2.2.9.4	Элемент 4. Классификации сердечной недостаточности

2.2.9.5	Элемент 5. Клинические варианты сердечной недостаточности
2.2.9.6	Элемент 6. Острая левожелудочковая недостаточность
2.2.9.6.1	Подэлемент 1. Лечение острой левожелудочковой недостаточности при различных патологических состояниях
2.2.9.7	Элемент 7. Острая правожелудочковая недостаточность
2.2.9.7.1	Подэлемент 1. Особенности лечения острой правожелудочковой недостаточности при различных патологических состояниях
2.2.9.8	Элемент 8. Лечение хронической сердечной недостаточности
2.2.9.8.1	Подэлемент 1. Фармакотерапия
2.2.9.8.2	Подэлемент 2. Немедикаментозные методы
2.2.9.8.3	Подэлемент 3. Ультрафильтрация
2.2.9.8.4	Подэлемент 4. Вспомогательное кровообращение
2.2.9.9	Элемент 9. Профилактика
2.2.9.10	Элемент 10. Реабилитация
2.2.9.11	Элемент 11. МСЭ
2.2.10	Подтема 10. Болезни перикарда
2.2.10.1	Элемент 1. Перикардиты
2.2.10.1.1	Подэлемент 1. Этиология
2.2.10.1.2	Подэлемент 2. Клиника и диагностика
2.2.10.1.2.1	Острый фибринозный перикардит
2.2.10.1.2.2	Выпотный перикардит без тампонады сердца
2.2.10.1.2.3	Выпотный перикардит с тампонадой сердца
2.2.10.1.2.4	Хронический констриктивный перикардит
2.2.10.1.3	Подэлемент 3. Медикаментозное лечение
2.2.10.1.4	Подэлемент 4. Показания к неотложной пункции перикарда при тампонаде сердца
2.2.10.1.5	Подэлемент 5. Хирургические методы лечения
2.2.10.1.6	Подэлемент 6. Профилактика
2.2.10.1.7	Подэлемент 7. Реабилитация
2.2.10.1.8	Подэлемент 8. МСЭ
2.2.11	Подтема 11. Врожденные пороки сердца
2.2.11.1	Элемент 1. Классификация
2.2.11.2	Элемент 2. Пороки с нормальным кровотоком в легких
2.2.11.3	Элемент 3. Пороки с увеличенным легочным кровотоком
2.2.11.4	Элемент 4. Пороки с уменьшенным легочным кровотоком
2.2.11.5	Элемент 5. Патогенез, клиника, диагностика и особенности лечения врожденных пороков сердца
2.2.11.6	Элемент 6. Открытый артериальный проток
2.2.11.7	Элемент 7. Дефект межпредсердной перегородки
2.2.11.8	Элемент 8. Дефект межжелудочковой перегородки
2.2.11.9	Элемент 9. Синдром Лютамбаше (дефект межпредсердной перегородки в сочетании с стенозом левого АВ отверстия)
2.2.11.10	Элемент 10. Стеноз устья легочной артерии
2.2.11.11	Элемент 11. Триада Фалло
2.2.11.12	Элемент 12. Тетрада Фалло
2.2.11.13	Элемент 13. Стеноз устья аорты, коарктация
2.2.11.14	Элемент 14. Двухстворчатый аортальный клапан
2.2.11.15	Элемент 15. Проплапс митрального и др. клапанов
2.2.11.16	Элемент 16. Инструментальные методы диагностики
2.2.11.17	Элемент 17. Показания к хирургическому лечению

2.2.11.18	Элемент 18. Профилактика
2.2.11.19	Элемент 19. Медико-генетическое консультирование
2.2.11.20	Элемент 20. Реабилитация
2.2.11.21	Элемент 21. МСЭ
2.3	Тема 3. Болезни органов пищеварения
2.3.1	Подтема 1. Методы обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.
2.3.1.1	Элемент 1. Методы физикального исследования
2.3.1.2	Элемент 2. Оценка лабораторных методов исследования
2.3.1.2.1	Подэлемент 1. Общего анализа крови
2.3.1.2.2	Подэлемент 2. Биохимического анализа крови при заболеваниях поджелудочной железы, печени и желчных путей, кишечника
2.3.1.2.3	Подэлемент 3. Состояния белкового обмена
2.3.1.2.4	Подэлемент 4. Иммунного статуса
2.3.1.2.5	Подэлемент 5. Пигментной и выделительной функции печени
2.3.1.2.6	Подэлемент 6. Поглощительно-выделительной функции печени
2.3.1.2.7	Подэлемент 7. Уровня ферментемии
2.3.1.2.8	Подэлемент 8. Анализа мочи
2.3.1.2.9	Подэлемент 9. Кoproграммы
2.3.1.2.10	Подэлемент 10. Дуоденального содержимого
2.3.1.2.11	Подэлемент 11. Желудочной секреции
2.3.1.3	Элемент 3. Оценка инструментальных методов исследования
2.3.1.3.1	Подэлемент 1. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта
2.3.1.3.2	Подэлемент 2. Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей
2.3.1.4	Элемент 4. Компьютерной рентгенографии
2.3.1.5	Элемент 5. Эндоскопических методов
2.3.1.5.1	Подэлемент 1. Эзофагогастродуоденоскопии
2.3.1.5.2	Подэлемент 2. Колоноскопии
2.3.1.5.3	Подэлемент 3. Ректороманоскопии
2.3.1.5.4	Подэлемент 4. Лапароскопии
2.3.1.6	Элемент 6. Радиоизотопных методов
2.3.1.7	Элемент 7. Ультразвуковых методов
2.3.2	Подтема 2. Болезни пищевода
2.3.2.1	Элемент 1. Аномалия развития
2.3.2.2	Элемент 2. Атония пищевода
2.3.2.3	Элемент 3. Ахалазия кардии
2.3.2.4	Элемент 4. Дивертикулы пищевода
2.3.2.5	Элемент 5. Эзофагиты
2.3.2.6	Элемент 6. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
2.3.2.7	Элемент 7. Гастроэзофагеальная болезнь
2.3.3	Подтема 3. Гастриты.
2.3.3.1	Элемент 1. Этиология.
2.3.3.2	Элемент 2. Патогенез.
2.3.3.3	Элемент 3. Клиника острого и хронического гастритов.
2.3.3.4	Элемент 4. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте.
2.3.3.5	Элемент 5. Диагноз, дифференциальный диагноз.
2.3.3.6	Элемент 6. Лечение острого гастрита.
2.3.3.7	Элемент 7. Лечение хронического гастрита.

2.3.3.8	Элемент 8. Показания к госпитализации.
2.3.3.9	Элемент 9. МСЭ.
2.3.4	Подтема 4. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.
2.3.4.1	Элемент 1. Этиология.
2.3.4.2	Элемент 2. Патогенез.
2.3.4.3	Элемент 3. Классификация.
2.3.4.4	Элемент 4. Клиника язвенной болезни.
2.3.4.4.1	Подэлемент 1. Желудка.
2.3.4.4.2	Подэлемент 2. 12-перстной кишки.
2.3.4.4.3	Подэлемент 3. Постбульбарной язвы.
2.3.4.4.4	Подэлемент 4. Сочетанных язв.
2.3.4.4.5	Подэлемент 5. В стадии обострения.
2.3.4.4.6	Подэлемент 6. В стадии ремиссии.
2.3.4.5	Элемент 5. Симптоматической язвы.
2.3.4.6	Элемент 6. Диагноз.
2.3.4.7	Элемент 7. Дифференциальный диагноз.
2.3.4.8	Элемент 8. Осложнения язвенной болезни.
2.3.4.8.1	Подэлемент 1. Перерождение язвы в рак
2.3.4.8.2	Подэлемент 2. Деформация и стеноз
2.3.4.8.3	Подэлемент 3. Кровотечение
2.3.4.8.4	Подэлемент 4. Прободение
2.3.4.8.5	Подэлемент 5. Пенетрация
2.3.4.9	Элемент 9. Лечение язвенной болезни.
2.3.4.9.1	Подэлемент 1. Питание.
2.3.4.9.2	Подэлемент 2. Антисекреторные средства
2.3.4.9.3	Подэлемент 3. Антацидные, адсорбирующие и обволакивающие средства
2.3.4.9.4	Подэлемент 4. Цитопротекторы
2.3.4.9.5	Подэлемент 5. Средства, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта
2.3.4.9.6	Подэлемент 6. Эрадикационная терапия
2.3.4.9.7	Подэлемент 7. Физиотерапия.
2.3.4.10	Элемент 10. Санаторно-курортное лечение.
2.3.4.11	Элемент 11. Показания к госпитализации.
2.3.4.12	Элемент 12. Показания к хирургическому лечению.
2.3.4.13	Элемент 13. Профилактика.
2.3.4.14	Элемент 14. Диспансеризация.
2.3.4.15	Элемент 15. МСЭ.
2.3.5	Подтема 5. Дуодениты.
2.3.5.1	Элемент 1. Этиология.
2.3.5.2	Элемент 2. Патогенез.
2.3.5.3	Элемент 3. Клиника.
2.3.5.4	Элемент 4. Осложнения.
2.3.5.5	Элемент 5. Лечение.
2.3.5.6	Элемент 6. Профилактика.
2.3.6	Подтема 6. Энтеропатии
2.3.6.1	Элемент 1. Классификация
2.3.6.2	Элемент 2. Этиология, патогенез
2.3.6.3	Элемент 3. Клиника
2.3.6.3.1	Подэлемент 1. Синдром медленного всасывания и пищеварения

2.3.6.3.2	Подэлемент 2. Нарушения минерального обмена и остеопороз
2.3.6.3.3	Подэлемент 3. Анемия
2.3.6.3.4	Подэлемент 4. Поражения печени и желчевыводящих путей
2.3.6.3.5	Подэлемент 5. Поражения поджелудочной железы
2.3.6.3.6	Подэлемент 6. Поражение центральной нервной системы
2.3.6.3.7	Подэлемент 7. Поражение эндокринной системы
2.3.6.4	Элемент4. Лечение
2.3.6.4.1	Подэлемент 1. Диетотерапия, парентеральное питание
2.3.6.4.2	Подэлемент 2. Эубиотики
2.3.6.4.3	Подэлемент 3. Антибактериальные препараты
2.3.6.4.4	Подэлемент 4. Витамины
2.3.6.4.5	Подэлемент 5. Ферментные препараты
2.3.6.4.6	Подэлемент 6. Антидиарейные средства
2.3.6.4.7	Подэлемент 7. Биологические препараты
2.3.6.4.8	Подэлемент 8. Препараты, повышающие иммунобиологические процессы в организме
2.3.6.4.9	Подэлемент 9. Препараты кальция, магния, кобальта, железа
2.3.6.4.10	Подэлемент 10. Холинолитические средства
2.3.6.4.11	Подэлемент 11. Вяжущие, обволакивающие и адсорбирующие средства
2.3.6.4.12	Подэлемент 12. Фитотерапия
2.3.6.4.13	Подэлемент 13. Физиотерапия
2.3.6.5	Элемент 5.Санаторно-курортное лечение
2.3.6.6	Элемент 6. Профилактика
2.3.6.7	Элемент 7. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
2.3.6.8	Элемент 8. Реабилитация
2.3.6.9	Элемент 9. Диспансеризация
2.3.6.10	Элемент 10. МСЭ
2.3.7	Подтема 7. Дисбактериоз кишечника.
2.3.7.1	Элемент 1.Дисбактериоз кишечника
2.3.7.2	Элемент2. Определение понятия (эубиоз, дисбиоз, дисбактериоз)
2.3.7.3	Элемент3. Микрофлора кишечника здорового человека и ее физиологическое значение
2.3.7.4	Элемент4. Роль внутренних и внешних факторов в нарушении микробного равновесия кишечной флоры
2.3.7.5	Элемент5. Лекарственный дисбактериоз
2.3.7.6	Элемент6. Понятие об эндогенной и экзогенной суперинфекции
2.3.7.7	Элемент7. Фазы развития дисбактериоза
2.3.7.8	Элемент8. Классификация
2.3.7.9	Элемент9. Лечение
2.3.7.10	Элемент10. Профилактика
2.3.7.11	Элемент11. Прогноз
2.3.8	Подтема 8. Синдром «раздраженной» кишки
2.3.8.1	Элемент 1. Этиология
2.3.8.2	Элемент 2. Патогенез
2.3.8.3	Элемент3. Клиника в зависимости от локализации процесса в различных отделах толстой кишки
2.3.8.4	Элемент4. Диагноз
2.3.8.5	Элемент 5. Дифференциальный диагноз
2.3.8.6	Элемент6. Лечение
2.3.8.7	Элемент7. Профилактика

2.3.8.8	Элемент 8. МСЭ
2.3.9	Подтема 9. Колит язвенный неспецифический
2.3.9.1	Элемент 1. Этиология
2.3.9.2	Элемент 2. Патогенез
2.3.9.3	Элемент 3. Классификация
2.3.9.4	Элемент 4. Клиника
2.3.9.5	Элемент 5. Диагноз
2.3.9.6	Элемент 6. Дифференциальный диагноз
2.3.9.7	Элемент 7. Осложнения
2.3.9.8	Элемент 8. Лечение
2.3.9.8.1	Поэлемент 1. Диетотерапия
2.3.9.8.2	Поэлемент 2. Препараты сочетаний сульфаниламидов с салициловой кислотой
2.3.9.8.3	Поэлемент 3. Препараты 5-аминосалициловой кислоты
2.3.9.8.4	Поэлемент 4. Стероидные гормоны
2.3.9.8.5	Поэлемент 5. Гемотрансфузии, белковые гидролизаты, синтетические аминокислотные соли и растворы солей
2.3.9.8.6	Поэлемент 6. Препараты железа
2.3.9.8.7	Поэлемент 7. Анаболические стероидные препараты
2.3.9.8.8	Поэлемент 8. Плазмаферез, гемосорбция
2.3.9.9	Элемент 9. Показания к хирургическому лечению
2.3.9.10	Элемент 10. Реабилитация
2.3.9.11	Элемент 11. Диспансеризация
2.3.9.12	Элемент 12. МСЭ
2.3.10	Подтема 10. Болезнь Крона.
2.3.10.1	Элемент 1. Этиология.
2.3.10.2	Элемент 2. Патогенез.
2.3.10.3	Элемент 3. Клиника.
2.3.10.4	Элемент 4. Диагностика.
2.3.10.5	Элемент 5. Дифференциальный диагноз.
2.3.10.6	Элемент 6. Осложнения.
2.3.10.7	Элемент 7. Лечение.
2.3.10.8	Элемент 8. Реабилитация.
2.3.10.9	Элемент 9. МСЭ.
2.3.11	Подтема 11. Хронические диффузные заболевания печени
2.3.11.1	Элемент 1. Гепатозы
2.3.11.1.1	Подэлемент 1. Наследственный пигментный гепатоз
2.3.11.1.	Подэлемент 2. Жировой гепатоз
2.3.11.2	Элемент 2. Хронический гепатит
2.3.11.2.1	Подэлемент 1. Классификация
2.3.11.2.2	Подэлемент 2. Вирусные гепатиты
2.3.11.2.2.1	Клинико-морфологические формы
2.3.11.2.2.2	Маркеры вирусной инфекции, признаки репликации
2.3.11.2.2.3	Клиническая картина
2.3.11.2.2.4	Лабораторная диагностика
2.3.11.2.2.5	Лечение гепатитов
2.3.11.2.2.6	В стадии обострения
2.3.11.2.2.7	В стадии ремиссии
2.3.11.2.3	Подэлемент 3. Аутоиммунные гепатиты
2.3.11.2.3.1	Клиническая картина

2.3.11.2.3.2	Лабораторная диагностика
2.3.11.2.3.3	Лечение
2.3.11.2.4	Подэлемент 4. Лекарственные гепатиты
2.3.11.2.4.1	Клиническая картина
2.3.11.2.4.2	Лабораторная диагностика
2.3.11.2.4.3	Лечение
2.3.11.2.5	Подэлемент 5. Алкогольные гепатиты
2.3.11.2.5.1	Клинико-морфологические формы
2.3.11.2.5.2	Клиническая картина
2.3.11.2.5.3	Диагностика
2.3.11.2.5.4	Лечение
2.3.11.2.6	Подэлемент 6. Холестатическая болезнь печени
2.3.11.2.6.1	Клиническая картина
2.3.11.2.6.2	Лабораторная диагностика
2.3.11.2.6.3	Дифференциальный диагноз
2.3.11.2.7	Подэлемент 7. Лечение гепатитов
2.3.11.2.7.1	Противовирусные препараты
2.3.11.2.7.2	Гепатопротекторы
2.3.11.2.7.3	Антихолестатические средства
2.3.11.2.7.4	Глюкокортикоиды, иммуномодуляторы, цитостатики
2.3.11.2.7.5	Симптоматическая терапия
2.3.11.2.8	Подэлемент 8. Профилактика
2.3.11.2.9	Подэлемент 9. Диспансеризация
2.3.11.2.10	Подэлемент 10. МСЭ
2.3.11.3	Элемент 3. Цирроз печени
2.3.11.3.1	Подэлемент 1. Классификация
2.3.11.3.2	Подэлемент 2. Патоморфология
2.3.11.3.3	Подэлемент 3. Клиника
2.3.11.3.4	Подэлемент 4. Течение, осложнение
2.3.11.3.5	Подэлемент 5. Диагноз, оценка активности процесса и функционального состояния печени
2.3.11.3.6	Подэлемент 6. Лечение
2.3.12	Подтема 12. Болезни желчного пузыря
2.3.12.1	Элемент 1. Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей
2.3.12.2	Элемент 2. Холецистит хронический
2.3.12.2.1	Поэлемент1. Этиология и патогенез
2.3.12.2.2	Поэлемент2. Классификация
2.3.12.2.3	Поэлемент3. Клиника
2.3.12.2.4	Поэлемент4. Особенности течения холецистита в зависимости от возраста
2.3.12.2.5	Поэлемент5. Диагноз и дифференциальный диагноз
2.3.12.2.6	Поэлемент 6. Лечение
2.3.12.2.6.1	Диетотерапия
2.3.12.2.6.2	Желчегонные средства
2.3.12.2.6.3	Спазмолитические средства
2.3.12.2.6.4	Антибактериальные средства
2.3.12.2.7	Поэлемент7. Показания к хирургическому лечению
2.3.12.2.8	Поэлемент8. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях
2.3.12.2.9	Поэлемент9. Профилактика
2.3.12.2.10	Поэлемент10. Реабилитация

2.3.12.2.11	Подэлемент11. Диспансеризация
2.3.12.2.12	Подэлемент12. МСЭ
2.3.12.3	Элемент 3. Желчекаменная болезнь
2.3.12.3.1	Подэлемент 1. Этиология и патогенез
2.3.12.3.2	Подэлемент2. Клиника
2.3.12.3.3	Подэлемент3. Особенности течения в зависимости от возраста
2.3.12.3.4	Подэлемент4. Осложнения
2.3.12.3.5	Подэлемент5. Лечение
2.3.12.3.5.1	Спазмолитические средства
2.3.12.3.5.2	Желчегонные средства (холеретики и холекинетики)
2.3.12.3.5.3	Антибактериальные средства
2.3.12.3.5.4	Литолитические средства
2.3.12.3.6	Подэлемент 6. Показания к литотрипсии
2.3.12.3.7	Подэлемент 7. Эндоскопические хирургические методы лечения
2.3.12.3.8	Подэлемент 8. Показания к хирургическому лечению
2.3.12.3.9	Подэлемент 9. Профилактика
2.3.12.3.10	Подэлемент 10. Реабилитация
2.3.12.3.11	Подэлемент 11. Диспансеризация
2.3.12.3.12	Подэлемент12. МСЭ
2.3.12.4	Элемент 4. Постхолецистэктомический синдром
2.3.12.4.1	Подэлемент1. Стенозы желчевыводящих путей (стеноз холедоха, фатерова соска, папиллит)
2.3.12.4.2	Подэлемент2. Холангит
2.3.12.4.3	Подэлемент3. Этиология и патогенез
2.3.12.4.4	Подэлемент4. Клиника
2.3.12.4.5	Подэлемент5. Диагноз и дифференциальный диагноз
2.3.12.4.6	Подэлемент6. Лечение
2.3.12.4.7	Подэлемент7. Профилактика
2.3.12.4.8	Подэлемент8. Реабилитация
2.3.12.4.9	Подэлемент 9. МСЭ
2.3.13	Подтема 13. Хронический панкреатит
2.3.13.1	Элемент1. Этиология и патогенез
2.3.13.2	Элемент2. Патоморфология
2.3.13.3	Элемент3. Клиника
2.3.13.4	Элемент4. Диагноз и дифференциальный диагноз
2.3.13.5	Элемент 5. Осложнения
2.3.13.6	Элемент6. Лечение
2.3.13.6.1	Подэлемент1. Диетотерапия
2.3.13.6.2	Подэлемент 2. Антиферментные препараты
2.3.13.6.3	Подэлемент 3. Антиспастические средства
2.3.13.6.4	Подэлемент 4. Препараты, уменьшающие внешне-секреторную деятельность поджелудочной железы
2.3.13.6.5	Подэлемент 5. Ферментные препараты
2.3.13.7	Элемент7. Показания к хирургическому лечению
2.3.13.8	Элемент8. Санаторно-курортное лечение
2.3.13.9	Элемент9. Профилактика
2.3.13.10	Элемент10. Реабилитация
2.3.13.11	Элемент11. Диспансеризация
2.3.13.12	Элемент12. МСЭ
2.4	Тема 4. Болезни почек

2.4.1	Подтема 1. Методы обследования больных с болезнями почек
2.4.1.1	Элемент 1. Оценка анамнестических данных
2.4.1.2	Элемент 2. Клиническое обследование больного
2.4.1.3	Элемент 3. Внешний осмотр больного
2.4.1.4	Элемент 4. Физикальное обследование больного
2.4.1.5	Элемент 5. Оценка лабораторных методов исследования
2.4.1.5.1	Подэлемент 1. Общего анализа крови
2.4.1.5.2	Подэлемент 2. Общего анализа мочи
2.4.1.5.3	Подэлемент 3. Анализ мочи по Зимницкому
2.4.1.5.4	Подэлемент 4. Анализ мочи по Нечипоренко
2.4.1.5.5	Подэлемент 5. Бактериологического анализа мочи
2.4.1.5.6	Подэлемент 6. Цитоморфологического исследования осадка мочи и ферментурии
2.4.1.5.7	Подэлемент 7. Биохимического анализа
2.4.1.5.8	Подэлемент 8. Функционального состояния почек
2.4.1.6	Элемент 6. Оценка инструментальных и аппаратных методов исследования
2.4.1.6.1	Подэлемент 1. Рентгенологических
2.4.1.6.2	Подэлемент 2. Радиоизотопных
2.4.1.6.3	Подэлемент 3. Ультразвуковых и доплерографических
2.4.1.6.4	Подэлемент 4. Компьютерной томографии
2.4.1.7	Элемент 7. Биопсия почек с морфологическим исследованием
2.4.2	Подтема 2. Гломерулонефриты (ОГН и ХГН)
2.4.2.1	Элемент 1. Этиология острого и хронического гломерулонефритов
2.4.2.2	Элемент 2. Патогенез
2.4.2.3	Элемент 3. Патогенез отеков при ОГН, ХГН
2.4.2.4	Элемент 4. Патогенез артериальной гипертонии при ОГН, ХГН
2.4.2.5	Элемент 5. Патогенез изменений мочи при гломерулонефритах
2.4.2.6	Элемент 6. Патогенез гиперлипидемии и гиперлиппротеинемии при гломерулонефритах
2.4.2.7	Элемент 7. Патогенез нарушений тромбоцитарного и плазменного гемостаза при ОГН и ХГН
2.4.2.8	Элемент 8. Механизмы прогрессирования гломерулонефритов
2.4.2.9	Элемент 9. Классификация ОГН и ХГН
2.4.2.10	Элемент 10. Патоморфология
2.4.2.11	Элемент 11. Гистологические типы ОГН, ХГН
2.4.2.12	Элемент 12. Основные клинические симптомы ОГН, ХГН
2.4.2.13	Элемент 13. Клинические формы и варианты течения ОГН, ХГН
2.4.2.14	Элемент 14. Осложнения ОГН, ХГН
2.4.2.15	Элемент 15. Особенности течения ОГН и ХГН у подростков
2.4.2.16	Элемент 16. Дифференциальная диагностика ОГН, ХГН
2.4.2.16.1	Подэлемент 1. С амилоидозом
2.4.2.16.2	Подэлемент 2. Острым и хроническим пиелонефритом
2.4.2.16.3	Подэлемент 3. Поражением почек при системных заболеваниях
2.4.2.16.4	Подэлемент 4. Миеломной почкой
2.4.2.16.5	Подэлемент 5. Диабетической нефропатией
2.4.2.16.6	Подэлемент 6. Поликистозной почкой
2.4.2.16.7	Подэлемент 7. Подагрической почкой
2.4.2.16.8	Подэлемент 8. Нефритом при инфекционном эндокардите
2.4.2.16.9	Подэлемент 9. Застойной почкой при сердечной недостаточности

2.4.2.16.10	Подэлемент 10. Опухолью почек
2.4.2.16.11	Подэлемент 11. Туберкулезом почек
2.4.2.17	Элемент 17. Лечение острого и хронического гломерулонефритов
2.4.2.17.1	Подэлемент1.Режим
2.4.2.17.2	Подэлемент2. Диета
2.4.2.17.3	Подэлемент3. Этиологическое лечение
2.4.2.17.4	Подэлемент4. Патогенетическое лечение
2.4.2.17.5	Подэлемент5. Глюкокортикостероидами
2.4.2.17.6	Подэлемент6. «Пульс-терапия» глюкокортикостероидами
2.4.2.17.7	Подэлемент7. Цитостатиками
2.4.2.17.8	Подэлемент8. «Пульс-терапия» цитостатиками
2.4.2.17.9	Подэлемент9. Антикоагулянтами
2.4.2.17.10	Подэлемент10.Антиагрегантами
2.4.2.17.11	Подэлемент11.Нестероидными противовоспалительными препаратами
2.4.2.17.12	Подэлемент12. Плазмаферезом и иммуносорбцией
2.4.2.17.13	Подэлемент13. Сочетанными схемами лечения
2.4.2.17.14	Подэлемент14. Терапия основных симптомов заболевания (гипертония, отеки)
2.4.2.17.15	Подэлемент15. Лечение осложнений ОГН, ХГН
2.4.2.17.16	Подэлемент 16. Особенности лечения в зависимости от периода болезни
2.4.2.17.17	Подэлемент17.Особенности лечения ОГН
2.4.2.17.18	Подэлемент18. Особенности лечения ХГН: в период обострения,впериод ремиссии
2.4.2.17.19	Подэлемент 19.Особенности лечения в условиях поликлиники
2.4.2.18	Элемент 18. Показания к стационарному лечению
2.4.2.19	Элемент 19. Санаторно-курортное лечение
2.4.2.20	Элемент 20. Профилактика гломерулонефритов
2.4.2.21	Элемент 21. Диспансерное наблюдение
2.4.2.22	Элемент 22. МСЭ
2.4.3	Подтема 3. Пиелонефриты
2.4.3.1	Элемент 1. Этиология и факторы риска острого и хронического пиелонефритов
2.4.3.2	Элемент 2. Патогенез острого и хронического пиелонефритов
2.4.3.3	Элемент 3. Морфологические формы острого и хронического пиелонефритов
2.4.3.4	Элемент 4. Классификация хронических пиелонефритов
2.4.3.4.1	Подэлемент 1.Первичных
2.4.3.4.2	Подэлемент2. Вторичных
2.4.3.5	Элемент 5.Клиника и варианты течения хронических пиелонефритов
2.4.3.6	Элемент 6. Клиника хронического пиелонефрита в фазе
2.4.3.6.1	Подэлемент 1. Ремиссии
2.4.3.6.2	Подэлемент 2. Обострения
2.4.3.7	Элемент 7. Особенности течения
2.4.3.7.1	Подэлемент 1.У женщин в период беременности
2.4.3.7.2	Подэлемент 2. В пожилом и старческом возрасте
2.4.3.8	Элемент 8. Дифференциальная диагностика пиелонефритов
2.4.3.8.1	Подэлемент 1.С гломерулонефритом
2.4.3.8.2	Подэлемент2. С туберкулезом почек
2.4.3.8.3	Подэлемент3. С циститом и инфекциями нижних мочевых путей

2.4.3.9	Элемент 9. Лечение острых и хронических пиелонефритов
2.4.3.9.1	Подэлемент 1. Антибактериальные препараты и их комбинации
2.4.3.9.2	Подэлемент 2. Симптоматическое лечение
2.4.3.9.3	Подэлемент 3. Особенности лечения в зависимости от периода болезни: обострения
2.4.3.9.4	Подэлемент 4. Противорецидивное лечение
2.4.3.9.5	Подэлемент 5. При наличии беременности
2.4.3.9.6	Подэлемент 6. В пожилом и старческом возрасте
2.4.3.9.7	Подэлемент 7. В условиях поликлиники
2.4.3.9.8	Подэлемент 8. Показания к стационарному лечению
2.4.3.9.9	Подэлемент 9. Санаторно-курортное лечение
2.4.3.10	Элемент 10. Профилактика пиелонефрита
2.4.3.11	Элемент 11. Диспансерное наблюдение
2.4.3.12	Элемент 12. МСЭ
2.4.4	Подтема 4. Нефротический синдром
2.4.4.1	Элемент 1. Определение нефротического синдрома
2.4.4.2	Элемент 2. Этиология
2.4.4.3	Элемент 3. Патогенез
2.4.4.4	Элемент 4. Морфологические изменения в почках
2.4.4.5	Элемент 5. Клиника
2.4.4.6	Элемент 6. Патогенез нефротических отеков
2.4.4.7	Элемент 7. Патогенез протеинурии при нефротическом синдроме
2.4.4.8	Элемент 8. Гипо- и диспротеинемия
2.4.4.9	Элемент 9. Гиперлиппротеинемия
2.4.4.10	Элемент 10. Гиперкоагуляция и угнетение фибринолиза
2.4.4.11	Элемент 11. Изменения гуморального и клеточного иммунитета
2.4.4.12	Элемент 12. Электролитные нарушения
2.4.4.13	Элемент 13. Функциональное состояние почек
2.4.4.14	Элемент 14. Варианты течения нефротического синдрома
2.4.4.14.1	Подэлемент 1. Эпизодический рецидивирующий
2.4.4.14.2	Подэлемент 2. Персистирующий
2.4.4.14.3	Подэлемент 3. Прогрессирующий
2.4.4.15	Элемент 15. Осложнения нефротического синдрома
2.4.4.15.1	Подэлемент 1. Инфекционные
2.4.4.15.2	Подэлемент 2. Сосудистые тромбозы
2.4.4.15.3	Подэлемент 3. Нефротический криз
2.4.4.15.4	Подэлемент 4. Гиповолемический коллапс
2.4.4.16	Элемент 16. Особенности течения заболевания в различных возрастных группах
2.4.4.17	Элемент 17. Методы диагностики нефротического синдрома
2.4.4.18	Элемент 18. Диагностическая пункционная биопсия почек: показания и противопоказания
2.4.4.19	Элемент 19. Дифференциальная диагностика при нефротическом синдроме
2.4.4.20	Элемент 20. Лечение нефротического синдрома:
2.4.4.20.1	Подэлемент 1. Показания к госпитализации
2.4.4.20.2	Подэлемент 2. Режим
2.4.4.20.3	Подэлемент 3. Диета
2.4.4.20.4	Подэлемент 4. Методы этиологического лечения
2.4.4.20.5	Подэлемент 5. Методы патогенетического лечения

2.4.4.20.6	Подэлемент 6. Глюкокортикоидные гормоны
2.4.4.20.7	Подэлемент 7. Цитостатики и антиметаболиты
2.4.4.20.8	Подэлемент 8. Антикоагулянты прямого и непрямого действия
2.4.4.20.9	Подэлемент 9. Антиагреганты
2.4.4.20.10	Подэлемент 10. Увеличение ОЦК (альбумин, реополиглюкин)
2.4.4.20.11	Подэлемент 11. Противовоспалительные препараты
2.4.4.20.12	Подэлемент 12. Диуретические препараты
2.4.4.20.13	Подэлемент 13. Особенности лечения в различных возрастных группах
2.4.4.21	Элемент 21. Диспансерное наблюдение
2.4.4.22	Элемент 22. Особенности ведения больных в условиях поликлиники
2.4.4.23	Элемент 23. МСЭ
2.4.5	Подтема 5. Хроническая болезнь почек
2.4.5.1	Элемент 1. Этиология
2.4.5.2	Элемент 2. Патогенез
2.4.5.3	Элемент 3. Патофизиология
2.4.5.4	Элемент 4. Классификация ХБП
2.4.5.5	Элемент 5. Клиника
2.4.5.6	Элемент 6. Особенности клинических проявлений в зависимости от степени ХБП
2.4.5.7	Элемент 7. Консервативное лечение ХБП
2.4.5.7.1	Подэлемент 1. Диета, водный и солевой режимы
2.4.5.7.2	Подэлемент 2. Энтеросорбенты и кетакислоты (кетостерил и др.)
2.4.5.7.3	Подэлемент 3. Коррекция водных и электролитных нарушений
2.4.5.7.4	Подэлемент 4. Коррекция кислотно-основных нарушений
2.4.5.7.5	Подэлемент 5. Коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена
2.4.5.7.6	Подэлемент 6. Коррекция анемии
2.4.5.7.7	Подэлемент 7. Особенности дозировки различных медикаментозных препаратов при ХБП
2.4.5.7.8	Подэлемент 8. Показания и противопоказания к гемодиализу и перитонеальному диализу
2.4.5.7.9	Подэлемент 9. Показания и противопоказания к пересадке почек
2.4.5.8	Элемент 8. Профилактика
2.4.5.9	Элемент 9. МСЭ
2.4.6	Подтема 6. Амилоидоз почек
2.4.6.1	Элемент 1. Причины развития амилоидоза
2.4.6.2	Элемент 2. Структура амилоида
2.4.6.3	Элемент 3. Морфогенез амилоидоза
2.4.6.4	Элемент 4. Классификация амилоидоза по причинному фактору и биохимическим формам
2.4.6.5	Элемент 5. Патогенез
2.4.6.6	Элемент 6. Клиника
2.4.6.6.1	Подэлемент 1 Протеинурическая стадия
2.4.6.6.2	Подэлемент 2. Нефротическая стадия
2.4.6.6.3	Подэлемент 3. Уремическая стадия
2.4.6.7	Элемент 7. Диагностика
2.4.6.7.1	Подэлемент 1. Биохимия слизистой прямой кишки, десны
2.4.6.7.2	Подэлемент 2. Биопсия почки
2.4.6.8	Элемент 8. Дифференциальная диагностика амилоидоза с нефротическим синдромом другой этиологии
2.4.6.9	Элемент 9. Патогенетическое лечение амилоидоза

2.4.6.9.1	Подэлемент 1. Лечение очагов хронической инфекции
2.4.6.9.2	Подэлемент 2. Колхицин
2.4.6.9.3	Подэлемент 3. Унитиол
2.4.6.9.4	Подэлемент 4. Препараты 4-аминохинолонового ряда
2.4.6.10	Элемент 10. Симптоматическое лечение
2.4.6.11	Элемент 11. Профилактика
2.4.6.12	Элемент 12. МСЭ
2.4.7	Подтема 7. Острая почечная недостаточность (ОПН)
2.4.7.1	Элемент 1. Этиология
2.4.7.2	Элемент 2. Патогенез
2.4.7.3	Элемент 3. Классификация
2.4.7.4	Элемент 4. Морфологические изменения в почках в зависимости от причины, вызвавшей развитие ОПН
2.4.7.5	Элемент 5. Особенности клинических проявлений в зависимости от стадии заболевания
2.4.7.5.1	Подэлемент 1. Начального действия фактора
2.4.7.5.2	Подэлемент 2. Олигоанурии
2.4.7.5.3	Подэлемент 3. Восстановления диуреза
2.4.7.5.4	Подэлемент 4. Выздоровления
2.4.7.6	Элемент 6. Отек легких при ОПН
2.4.7.7	Элемент 7. Поражения печени при ОПН
2.4.7.8	Элемент 8. Диагностика ОПН
2.4.7.9	Элемент 9. Лечение ОПН в зависимости от стадии
2.4.7.10	Элемент 10. Коррекция нарушений водно-электролитного баланса
2.4.7.11	Элемент 11. Коррекция нарушений кислотно-основного состояния
2.4.7.12	Элемент 12. Лечение отека легких при ОПН
2.4.7.13	Элемент 13. Варианты проведения внепочечного очищения при ОПН (гемодиализация)
2.4.7.14	Элемент 14. Профилактика и лечение инфекций при ОПН
2.4.7.15	Элемент 15. Лечение основного заболевания
2.4.7.16	Элемент 16. Критерии эффективности лечения
2.4.7.17	Элемент 17. Особенности ведения больных перенесших ОПН в амбулаторных условиях
2.4.7.18	Элемент 18. МСЭ
2.5	Тема 5. Болезни органов кроветворения
2.5.1	Тема 1. Анемии
2.5.1.1	Элемент 1. Классификация анемий
2.5.1.2	Элемент 2. Железодефицитные анемии
2.5.1.3	Элемент 3. Железонасыщенные гипохромные анемии
2.5.1.4	Элемент 4. Анемии при свинцовом отравлении
2.5.1.5	Элемент 5. Анемии, связанные с наследственным нарушением синтеза порфиринов
2.5.1.6	Элемент 6. Талассемии
2.5.1.7	Элемент 7. В ₁₂ -дефицитные анемии
2.5.1.7.1	Подэлемент 1. Патогенез В ₁₂ -дефицитных анемий
2.5.1.7.2	Подэлемент 2. Терапия В ₁₂ -дефицитных анемий
2.5.1.8	Элемент 8. Анемии, связанные с дефицитом фолиевой кислоты
2.5.1.9	Элемент 9. Гемолитические анемии
2.5.1.9.1	Подэлемент 1. Наследственный микросфероцитоз
2.5.1.9.2	Подэлемент 2. Наследственный эллиптоцитоз и стоматоцитоз

2.5.1.9.3	Подэлемент 3. Ферментодефицитные гемолитические анемии
2.5.1.9.4	Подэлемент 4. Гемоглобинопатии
2.5.1.9.5	Подэлемент 5. Приобретенные гемолитические анемии
2.5.1.9.6	Подэлемент 6. Понятие об аутоиммунных и гетероиммунных гемолитических анемиях
2.5.1.9.7	Подэлемент 7. Аутоиммунные гемолитические анемии и неполными тепловыми агглютинидами
2.5.1.9.8	Подэлемент 8. Холодовые формы аутоиммунных гемолитических анемий
2.5.1.10	Элемент 10. Гипопластические анемии
2.5.1.10.1	Подэлемент 1. Патогенез гипопластических анемий
2.5.1.10.2	Подэлемент 2. Терапия гипопластических анемий
2.5.1.11	Элемент 11. Порфирии
2.5.1.11.1	Подэлемент 1. Определение понятия порфирии и классификация
2.5.1.11.2	Подэлемент 2. Лечение
2.5.2	Подтема 2. Гемобластозы
2.5.2.1	Элемент 1. Классификация гемобластозов
2.5.2.2	Элемент 2. Острые лейкозы
2.5.2.2.1	Подэлемент 1. Принципы терапии острых лейкозов
2.5.2.2.2	Подэлемент 2. Перспективы развития, проблемы острых лейкозов
2.5.2.3	Элемент 3. Хронические лейкозы
2.5.2.3.1	Подэлемент 1. Миелолейкоз
2.5.2.3.2	Подэлемент 2. Лимфолейкоз
2.5.2.3.3	Подэлемент 3. Эритремия
2.5.2.3.4	Подэлемент 4. Сублейкемический миелоз
2.5.2.3.5	Подэлемент 5. Макрофагальный лейкоз
2.5.2.3.6	Подэлемент 6. Принципы терапии хронических лейкозов
2.5.2.4	Элемент 4. Парпротеинемические гемобластозы
2.5.2.4.1	Подэлемент 1. Классификация, диагностика, интерпретация
2.5.2.4.2	Подэлемент 2. Множественная миелома
2.5.2.4.3	Подэлемент 3. Терапия миеломы
2.5.2.4.4	Подэлемент 4. Макроглобулинемия Вальденстрема
2.5.3	Подтема 3. Геморрагические диатезы
2.5.3.1	Элемент 1. Механизмы нормального гемостаза
2.5.3.2	Элемент 2. Антикоагулянтная система
2.5.3.3	Элемент 3. Плазминовая система
2.5.3.4	Элемент 4. Методы изучения гемостаза
2.5.3.5	Элемент 5. Нозологические формы геморрагических диатезов
2.5.3.5.1	Подэлемент 1. Тромбоцитопеническая пурпура
2.5.3.5.2	Подэлемент 2. Тромбоцитопатии
2.5.3.5.3	Подэлемент 3. Гемофилии
2.5.3.5.4	Подэлемент 4. Болезнь Виллебранда
2.5.3.6	Элемент 6. ДВС-синдром
2.5.3.7	Элемент 7. Нарушение факторов протромбинового комплекса
2.5.4	Подтема 4. Депрессия кроветворения, нейтропении, агранулоцитозы
2.5.4.1	Элемент 1. Агранулоцитозы
2.5.4.2	Элемент 2. Острая лучевая болезнь
2.5.4.3	Элемент 3. Наследственные нейтропении
2.5.4.4	Элемент 4. Лечение агранулоцитозов и нейтропений
2.5.4.4.1	Подэлемент 1. Антибиотики

2.5.4.4.2	Подэлемент 2. Показания и противопоказания к назначению глюкокортикоидных гормонов
2.5.4.5	Элемент 5. Профилактика экзогенных и эндогенных инфекций. Значение асептических палат
2.5.4.6	Элемент 6. Трансплантация костного мозга
2.5.5	Подтема 5. Лимфогранулематоз
2.5.5.1	Элемент 1. Критерии диагноза лимфогранулематоза
2.5.5.2	Элемент 2. Патогенез
2.5.5.3	Элемент 3. Классификация
2.5.5.4	Элемент 4. Лечение лимфогранулематозов
2.5.6	Подтема 6. Исследования больных с заболеваниями органов кроветворения
2.5.6.1	Элемент 1. Оценка результатов клинического исследования
2.5.6.1.1	Подэлемент 1. Гемобласты
2.5.6.1.2	Подэлемент 2. Анемии
2.5.6.1.3	Подэлемент 3. Геморрагические диатезы
2.5.6.1.4	Подэлемент 4. Нейтропении и агранулоцитозы
2.5.6.1.5	Подэлемент 5. Порфирии
2.5.6.1.6	Подэлемент 6. Гематосаркомы
2.5.6.1.7	Подэлемент 7. Лейкемоидные реакции
2.5.6.2	Элемент 2. Оценка результатов лабораторных исследований
2.5.6.2.1	Подэлемент 1. Общий анализ крови
2.5.6.2.2	Подэлемент 2. Общий анализ мочи
2.5.6.2.3	Подэлемент 3. Цитологическое исследование костного мозга
2.5.6.2.4	Подэлемент 4. Гистологическое исследование костного мозга
2.5.6.2.5	Подэлемент 5. Цитологическое исследование печени, селезенки, лимфоузлов
2.5.6.2.6	Подэлемент 6. Гистологическое исследование органов
2.5.6.2.7	Подэлемент 7. Исследование белков сыворотки крови и их функций (протеинограммы)
2.5.6.2.8	Подэлемент 8. Исследование белков мочи
2.5.6.2.9	Подэлемент 9. Иммуноферез белков крови и мочи
2.5.6.2.10	Подэлемент 10. Гистологическое исследование элементов костного мозга и крови
2.5.6.2.11	Подэлемент 11. Цитогенетическое исследование элементов костного мозга
2.5.6.2.12	Подэлемент 12. Ферментологические исследования крови
2.5.6.2.13	Подэлемент 13. Иммунохимические исследования
2.5.6.3	Элемент 3. Оценка инструментальных и аппаратных методов исследования
2.5.6.3.1	Подэлемент 1. Рентгенологическое
2.5.6.3.2	Подэлемент 2. Радиологическое (изотопное)
2.5.6.3.3	Подэлемент 3. Ультразвуковое
2.5.6.3.4	Подэлемент 4. Компьютерная томография
2.6	Тема 6. Ревматические болезни
2.6.1	Подтема 1. Ревматизм.
2.6.1.1	Элемент 1. Этиология ревматизма
2.6.1.2	Элемент 2. Патогенез ревматизма
2.6.1.3	Элемент 3. Патоморфология ревматизма
2.6.1.4	Элемент 4. Современная классификация и номенклатура ревматизма

2.6.1.5	Элемент 5. Клинико-временная характеристика вариантов течения ревматизма
2.6.1.6	Элемент 6. Клинические формы ревматизма
2.6.1.7	Элемент 7. Клиника первичного ревматизма
2.6.1.8	Элемент 8. Клиника возрастного ревматизма
2.6.1.9	Элемент 9. Острая ревматическая лихорадка
2.6.1.10	Элемент 10. Лабораторная и инструментально-графическая диагностика активного ревматизма
2.6.1.11	Элемент 11. Клинико-лабораторная характеристика степеней активности ревматизма
2.6.1.12	Элемент 12. Биохимические и иммунологические проявления активности ревматизма
2.6.1.13	Элемент 13. Возможности инструментальных методов в диагностике активного ревматизма
2.6.1.14	Элемент 14. Клиника ревматического кардита
2.6.1.15	Элемент 15. Клиническая характеристика ревматического мио-, эндо-, перикардита
2.6.1.16	Элемент 16. Дифференциальный диагноз ревмокардита
2.6.1.17	Элемент 17. Внекардиальные поражения
2.6.1.17.1	Подэлемент 1. Ревматический полиартрит, клиника, дифференциальная диагностика
2.6.1.17.2	Подэлемент 2. Ревматизм легких и плевры
2.6.1.17.3	Подэлемент 3. Поражения органов брюшной полости и почек при ревматизме
2.6.1.17.4	Подэлемент 4. Ревматизм нервной системы (хорея, церебральный ревматический васкулит, ревматическая энцефалопатия)
2.6.1.17.5	Подэлемент 5. Ревматизм кожи и подкожной соединительной ткани (кольцевидная эритема, ревматические узелки)
2.6.1.18	Элемент 18. Диагностические критерии ревматизма
2.6.1.19	Элемент 19. Система этапного лечения ревматизма
2.6.1.20	Элемент 20. Основные методы и средства этиотропной и противовоспалительной терапии ревматизма в условиях стационара
2.6.1.21	Элемент 21. Особенности лечения больных с затяжными формами ревматизма
2.6.1.22	Элемент 22. Этапы лечения больных ревматизмом
2.6.1.23	Элемент 23. Реабилитация
2.6.1.24	Элемент 24. Диспансеризация больных и инвалидов
2.6.1.25	Элемент 25. Профилактика ревматизма
2.6.1.26	Элемент 26. Цель, задачи и средства первичной профилактики
2.6.1.27	Элемент 27. Вторичная профилактика ревматизма
2.6.1.28	Элемент 28. МСЭ
2.6.2	Подтема 2. Ревматические пороки сердца.
2.6.2.1	Элемент 1. Частота поражения митрального, аортального, трикуспидального клапанов
2.6.2.2	Элемент 2. Клинико-анатомические формы и патогенез нарушений гемодинамики при пороках сердца
2.6.2.3	Элемент 3. Особенности гемодинамики различных форм пороков
2.6.2.4	Элемент 4. Классификация ревматических пороков сердца
2.6.2.5	Элемент 5. Методы диагностики
2.6.2.5.1	Подэлемент 1. Физикальные методы
2.6.2.5.2	Подэлемент 2. ЭКГ

2.6.2.5.3	Подэлемент 3. Фонокардиография
2.6.2.5.4	Подэлемент 4. Рентгенологические методы
2.6.2.5.5	Подэлемент 5. Эхокардиография и доплер-эхокардиография
2.6.2.5.6	Подэлемент 6. Радионуклидные методы
2.6.2.6	Элемент 6. Клиника, критерии диагностики отдельных пороков сердца:
2.6.2.6.1	Подэлемент 1. Одноклапанные пороки
2.6.2.6.2	Подэлемент 2. Митральный стеноз
2.6.2.6.3	Подэлемент 3. Митральная недостаточность
2.6.2.6.4	Подэлемент 4. Митральный стеноз и недостаточность митрального клапана
2.6.2.6.5	Подэлемент 5. Стеноз устья аорты
2.6.2.6.6	Подэлемент 6. Недостаточность клапана аорты
2.6.2.6.7	Подэлемент 7. Стеноз устья аорты и недостаточность клапана аорты
2.6.2.6.8	Подэлемент 8. Трикуспидальный стеноз
2.6.2.6.9	Подэлемент 9. Недостаточность трехстворчатого клапана
2.6.2.6.10	Подэлемент 10. Трикуспидальный стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана
2.6.2.6.11	Подэлемент 11. Многоклапанные комбинированные пороки сердца
2.6.2.6.12	Подэлемент 12. Митрально-аортальный стеноз
2.6.2.6.13	Подэлемент 13. Митральный стеноз в сочетании с аортальной недостаточностью
2.6.2.6.14	Подэлемент 14. Недостаточность митрального клапана в сочетании с недостаточностью клапана аорты
2.6.2.6.15	Подэлемент 15. Митрально-аортально-трикуспидальный стеноз
2.6.2.6.16	Подэлемент 16. Митральный стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана
2.6.2.7	Элемент 7. Дифференциальная диагностика при пороках сердца
2.6.2.8	Элемент 8. Показания и противопоказания к оперативному лечению
2.6.2.9	Элемент 9. Виды хирургической коррекции пороков
2.6.2.10	Элемент 10. Отдаленные результаты хирургического лечения
2.6.2.11	Элемент 11. Рестеноз
2.6.2.12	Элемент 12. Поздние осложнения, специфичные для больных с протезами клапанов
2.6.2.13	Элемент 13. Тактика консервативного лечения при пороках сердца
2.6.2.14	Элемент 14. Особенности лечения больных с искусственными клапанами сердца
2.6.2.15	Элемент 15. Диспансеризация и лечение в поликлинических условиях
2.6.2.15.1	Подэлемент 1. Больных без оперативного лечения
2.6.2.15.2	Подэлемент 2. Оперированных больных
2.6.2.16	Элемент 16. Профилактика ревматических пороков сердца
2.6.2.17	Элемент 17. Прогноз
2.6.2.18	Элемент 18. МСЭ
2.6.2.19	Элемент 19. Рациональное трудоустройство
2.6.3	Подтема 3. Методы исследования функции опорно-двигательного аппарата.
2.6.3.1	Элемент 1. Клинические методы
2.6.3.2	Элемент 2. . Характеристика местной активности
2.6.3.3	Элемент 3. Ангулометрия
2.6.3.4	Элемент 4. Функциональные тесты (сила сжатия кисти, скорость ходьбы и пр.)

2.6.3.5	Элемент 5. Суставной индекс
2.6.3.6	Элемент 6. Инструментальные методы исследования
2.6.3.6.1	Подэлемент 1. Термография
2.6.3.6.2	Подэлемент 2. Сцинтиграфия
2.6.3.6.3	Подэлемент 3. Рентгенография суставов, включая контрастное исследование
2.6.3.6.3.	Артроскопия
2.6.3.7	Элемент 7. Диагностическое значение исследования синовиальной жидкости
2.6.4	Подтема 4. Болезнь Рейтера.
2.6.4.1	Элемент 1. Этиология.
2.6.4.2	Элемент 2. Патогенез.
2.6.4.3	Элемент 3. Клиника.
2.6.4.4	Элемент 4. Особенности течения.
2.6.4.5	Элемент 5. Критерии диагностики.
2.6.4.6	Элемент 6. Дифференциальный диагноз.
2.6.4.7	Элемент 7. Лечение.
2.6.4.8	Элемент 8. Реабилитация.
2.6.4.9	Элемент 9. МСЭ.
2.6.5	Подтема 5. Реактивные артриты.
2.6.5.1	Элемент 1. Классификация.
2.6.5.2	Элемент 2. Клиника.
2.6.5.3	Элемент 3. Критерии диагностики.
2.6.5.4	Элемент 4. Дифференциальный диагноз.
2.6.5.5	Элемент 5. Лечение.
2.6.5.6	Элемент 6. Профилактика.
2.6.5.7	Элемент 7. МСЭ.
2.6.6	Подтема 6. Первично-деформирующий остеоартроз.
2.6.6.1	Элемент 1. Этиология.
2.6.6.2	Элемент 2. Патогенез.
2.6.6.3	Элемент 3. Патоморфология.
2.6.6.4	Элемент 4. Клиника.
2.6.6.5	Элемент 5. Особенности течения.
2.6.6.6	Элемент 6. Критерии диагностики.
2.6.6.7	Элемент 7. Дифференциальный диагноз.
2.6.6.8	Элемент 8. Лечение.
2.6.6.9	Элемент 9. МСЭ.
2.6.7	Подтема 7. Подагра.
2.6.7.1	Элемент 1. Этиология.
2.6.7.2	Элемент 2. Патогенез.
2.6.7.3	Элемент 3. Клиника.
2.6.7.4	Элемент 4. Формы и варианты течения.
2.6.7.5	Элемент 5. Критерии диагностики
2.6.7.6	Элемент 6. дифференциальный диагноз.
2.6.7.7	Элемент 7. Лечение.
2.6.7.8	Элемент 8. Профилактика.
2.6.7.9	Элемент 9. МСЭ.
2.6.8	Подтема 8. Диффузные заболевания соединительной ткани.
2.6.8.1	Элемент 1. Системная красная волчанка (СКВ).
2.6.8.1.1	Подэлемент 1. Этиология.

2.6.8.1.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.6.8.1.3	Подэлемент 3. Классификация.
2.6.8.1.4	Подэлемент 4. Основные клинические синдромы.
2.6.8.1.5	Подэлемент 5. Варианты течения.
2.6.8.1.6	Подэлемент 6. Клинико-лабораторная характеристика активности процесса.
2.6.8.1.7	Подэлемент 7. Патоморфология.
2.6.8.1.8	Подэлемент 8. Диагноз и дифференциальный диагноз.
2.6.8.1.9	Подэлемент 9. Лечение: тактика назначения кортикостероидов, цитостатиков, аминохинолиновых препаратов.
2.6.8.1.10	Подэлемент 10. Профилактика обострений.
2.6.8.1.11	Подэлемент 11. МСЭ.
2.6.8.2	Элемент 2. Системная склеродермия.
2.6.8.2.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.6.8.2.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.6.8.2.3	Подэлемент 3. Классификация.
2.6.8.2.4	Подэлемент 4. Основные клинические синдромы и формы.
2.6.8.2.5	Подэлемент 5. Клинические варианты течения.
2.6.8.2.6	Подэлемент 6. Степень активности и стадии болезни.
2.6.8.2.7	Подэлемент 7. Диагноз и дифференциальный диагноз.
2.6.8.2.8	Подэлемент 8. Лечение.
2.6.8.2.9	Подэлемент 9. Прогноз.
2.6.8.2.10	Подэлемент 10. МСЭ.
2.6.8.3	Элемент 3. Узелковый периартериит.
2.6.8.3.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.6.8.3.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.6.8.3.3	Подэлемент 3. Основные клинические синдромы.
2.6.8.3.4	Подэлемент 4. Диагноз и дифференциальный диагноз.
2.6.8.3.5	Подэлемент 5. Лечение.
2.6.8.3.6	Подэлемент 6. Прогноз.
2.6.8.3.7	Подэлемент 7. МСЭ.
2.6.9	Подтема 9. Анкилозирующий спондиллоартрит
2.6.9.1	Элемент 1. Этиология и патогенез
2.6.9.2	Элемент 2. Связь с антигенами гистосовместимости
2.6.9.3	Элемент 3. Патоморфологические особенности воспалительного процесса
2.6.9.4	Элемент 4. Классификация болезни Бехтерева (бБ)
2.6.9.5	Элемент 5. Клиника бБ
2.6.9.6	Элемент 6. Формы и варианты течения
2.6.9.7	Элемент 7. Внесуставные поражения
2.6.9.8	Элемент 8. Особенности течения у женщин
2.6.9.9	Элемент 9. Критерии диагностики бБ
2.6.9.10	Элемент 10. Ранняя диагностика
2.6.9.11	Элемент 11. Дифференциальная диагностика бБ с другими спондилоартритами
2.6.9.12	Элемент 12. Лечение бБ
2.6.9.13	Элемент 13. Реабилитация
2.6.9.14	Элемент 14. Диспансеризация больных бБ
2.6.9.15	Элемент 15. МСЭ
2.6.10	Подтема 10. Ревматоидный артрит (РА).

2.6.10.1	Элемент 1. Этиология и патогенез
2.6.10.1.1	Подэлемент 1. Значение иммунологических нарушений
2.6.10.1.2	Подэлемент 2. Механизм суставного воспаления при РА
2.6.10.1.3	Подэлемент 3. Патогенез системных (органных) поражений при РА
2.6.10.2	Элемент 2. Классификация
2.6.10.2.1	Подэлемент 1. Серопозитивный РА
2.6.10.2.2	Подэлемент 2. Серонегативный РА
2.6.10.2.3	Подэлемент 3. РА с системными проявлениями
2.6.10.2.4	Подэлемент 4. Синдром Фелти
2.6.10.3	Элемент 3. Клиника
2.6.10.3.1	Подэлемент 1. Характеристика суставного синдрома
2.6.10.3.2	Подэлемент 2. Поражение внутренних органов и систем
2.6.10.4	Элемент 4. Основные клинические формы и варианты течения РА
2.6.10.5	Элемент 5. Диагностика РА
2.6.10.5.1	Подэлемент 1. Лабораторная диагностика РА
2.6.10.5.2	Подэлемент 2. Рентгенологическая диагностика РА
2.6.10.5.3	Подэлемент 3. Морфологическая диагностика РА
2.6.10.6	Элемент 6. Критерии диагноза и активности РА
2.6.10.7	Элемент 7. Формулировка диагноза
2.6.10.8	Элемент 8. Дифференциальный диагноз
2.6.10.9	Элемент 9. Принципы и методы этапной терапии РА
2.6.10.10	Элемент 10. Препараты длительного действия (базисные средства)
2.6.10.11	Элемент 11. Нестероидные противовоспалительные средства и кортикостероиды
2.6.10.12	Элемент 12. Иммуномодулирующая терапия
2.6.10.13	Элемент 13. Местное лечение РА
2.6.10.14	Элемент 14. Хирургическое лечение
2.6.10.15	Элемент 15. Санаторно-курортное лечение
2.6.10.16	Элемент 16. Диспансеризация больных РА
2.6.10.17	Элемент 17. МСЭ
2.7	Тема 7. Эндокринные болезни
2.7.1	Подтема 1. Сахарный диабет (СД).
2.7.1	Элемент 1. Углеводный обмен в организме.
2.7.2	Элемент 2. Инсулиновая недостаточность панкреатическая и внепанкреатическая.
2.7.3	Элемент 3. Патогенез СД.
2.7.4	Элемент 4. Классификация СД.
2.7.5	Элемент 5. Клинические формы и стадии СД.
2.7.6	Элемент 6. Лабораторная диагностика.
2.7.7	Элемент 7. Понятие о компенсированном и декомпенсированном СД.
2.7.8	Элемент 8. Ангипатии при СД.
2.7.9	Элемент 9. Комы при СД.
2.7.9.1	Подэлемент 1. Кетоацидотическая.
2.7.9.2	Подэлемент 2. Гипогликемическая.
2.7.9.3	Подэлемент 3. Гиперосмолярная.
2.7.9.4	Подэлемент 4. Лактоацидемическая (диагностика и лечение).
2.7.10	Элемент 10. Диагноз.
2.7.11	Элемент 11. Лечение.
2.7.12	Элемент 12. Показания к инсулинотерапии, к применению сульфаниламидов и бигуанидов.

2.7.13	Элемент 13. Первичная профилактика СД.
2.7.14	Элемент 14. Прогноз.
2.7.15	Элемент 15. Реабилитация.
2.7.16	Элемент 16. Диспансеризация.
2.7.17	Элемент 17. МСЭ.
2.7.2	Подтема 2. Болезни щитовидной железы.
2.7.2.1	Элемент 1. Диффузно-токсический зоб.
2.7.2.2	Элемент 2. Патогенез.
2.7.2.3	Элемент 3. Классификация.
2.7.2.4	Элемент 4. Клинические формы и стадии болезни.
2.7.2.5	Элемент 5. Дифференциальная диагностика.
2.7.2.6	Элемент 6. Роль и оценка лабораторных и инструментальных методов исследования.
2.7.2.7	Элемент 7. Лечение.
2.7.2.8	Элемент 8. Показания к хирургическому лечению.
2.7.2.9	Элемент 9. Реабилитация.
2.7.2.10	Элемент 10. Диспансеризация.
2.7.2.11	Элемент 11. МСЭ.
2.7.3	Подтема 3. Гипотиреозы и микседема.
2.7.3.1	Элемент 1. Патогенез.
2.7.3.2	Элемент 2. Клиника.
2.7.3.3	Элемент 3. Дифференциальная диагностика.
2.7.3.4	Элемент 4. Лечение.
2.7.3.5	Элемент 5. Профилактика.
2.7.3.6	Элемент 6. Реабилитация.
2.7.3.7	Элемент 7. МСЭ.
2.7.4	Подтема 4. Ожирение.
2.7.4.1	Элемент 1. Этиология.
2.7.4.2	Элемент 2. Патогенез.
2.7.4.3	Элемент 3. Клиника.
2.7.4.4	Элемент 4. Классификация.
2.7.4.5	Элемент 5. Дифференциальная диагностика при различных формах ожирения.
2.7.4.6	Элемент 6. Лечение.
2.7.4.7	Элемент 7. Прогноз.
2.7.4.8	Элемент 8. Реабилитация.
2.7.4.9	Элемент 9. МСЭ.
2.8	Тема 8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней
2.8.1.	Подтема 1. Интенсивная терапия и реанимация в кардиологии.
2.8.1.1.	Элемент 1. Понятие «прекращение кровообращения»,
2.8.1.1.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.1.1.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.1.1.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.1.1.4	Подэлемент 4. Диагностика.
2.8.1.1.5	Подэлемент 5. ЭКГ-характеристика.
2.8.1.1.6	Подэлемент 6. Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.1.1.7	Подэлемент 7. Показания к прекращению реанимационных мероприятий.
2.8.1.2.	Элемент 2. Острая сердечная недостаточность.

2.8.1.2.1	Подэлемент 1. Клиника различных видов сердечной недостаточности.
2.8.1.2.2	Подэлемент 2. Диагностика различных видов сердечной недостаточности.
2.8.1.3	Элемент 3. Левожелудочковая недостаточность при гипертонической болезни.
2.8.1.3.1	Подэлемент 1. Патогенез.
2.8.1.3.2	Подэлемент 2. Клиника.
2.8.1.3.3	Подэлемент 3. Диагностика.
2.8.1.3.4	Подэлемент 4. Основные принципы интенсивной терапии.
2.8.1.4	Элемент 4. Интенсивная терапия при острой правожелудочковой недостаточности.
2.8.1.5	Элемент 5. Острая коронарная недостаточность. Инфаркт миокарда.
2.8.1.6	Элемент 6. Сердечная астма и отек легких при инфаркте миокарда.
2.8.1.6.1	Подэлемент 1. Патогенез.
2.8.1.6.2	Подэлемент 2. Клинические проявления.
2.8.1.6.3	Подэлемент 3. Интенсивная терапия в зависимости от фонового заболевания и уровня артериального давления.
2.8.1.7	Элемент 7. Кардиогенный шок при инфаркте миокарда.
2.8.1.7.1	Подэлемент 1. Классификация шока по степени тяжести и патогенезу.
2.8.1.7.2	Подэлемент 2. Интенсивная терапия и реанимация при кардиогенном шоке.
2.8.1.8	Элемент 8. Нарушения сердечного ритма при инфаркте миокарда.
2.8.1.8.1	Подэлемент 1. Виды аритмий.
2.8.1.8.2	Подэлемент 2. Их патогенез.
2.8.1.8.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.1.8.4	Подэлемент 4. ЭКГ-характеристика.
2.8.1.8.5	Подэлемент 5. Интенсивная медикаментозная терапия.
2.8.1.8.6	Подэлемент 6. Электроимпульсная терапия.
2.8.1.9	Элемент 9. Полная атриовентрикулярная блокада.
2.8.1.9.1	Подэлемент 1. Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса.
2.8.1.9.2	Подэлемент 1. Интенсивная медикаментозная терапия.
2.8.1.9.3	Подэлемент 2. Показания к электростимуляции и установке водителя ритма.
2.8.1.10	Элемент 10. Гипертонические кризы.
2.8.1.10.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.1.10.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.1.10.3	Подэлемент 3. Клинические проявления.
2.8.1.10.4	Подэлемент 4. Программа неотложной терапии.
2.8.2	Подтема 2. Интенсивная терапия и реанимация в пульмонологии.
2.8.2.1	Элемент 1. Астматический статус.
2.8.2.1.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.2.1.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.2.1.3	Подэлемент 3. Клинические особенности в зависимости от стадии.
2.8.2.1.4	Подэлемент 4. Общие принципы выведения больного из астматического статуса.
2.8.2.2	Элемент 2. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).
2.8.2.2.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.2.2.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.2.2.3	Подэлемент 3. Классификация.

2.8.2.2.4	Подэлемент 4. Клинические особенности молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА.
2.8.2.2.5	Подэлемент 5. ЭКГ при ТЭЛА,
2.8.2.2.6	Подэлемент 6. Диагностика,
2.8.2.2.7	Подэлемент 7. Дифференциальная диагностика ТЭЛА и инфаркта миокарда.
2.8.2.2.8	Подэлемент 8. Общие принципы интенсивной терапии.
2.8.2.3	Элемент 3. Пневмоторакс
2.8.2.3.1	Подэлемент 1.Классификация
2.8.2.3.2	Подэлемент 2. Этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса
2.8.2.3.3	Подэлемент 3. Клинические особенности открытого пневмоторакса
2.8.2.3.4	Подэлемент 4. Клинические особенности клапанного (вентильного) пневмоторакса
2.8.2.3.5	Подэлемент 5. Осложнения пневмоторакса (острое легочное сердце, экссудативный плеврит)
2.8.2.3.6	Подэлемент 6. Показания к плевроскопии
2.8.2.3.7	Подэлемент 7. Интенсивная терапия и лечение напряженного пневмоторакса
2.8.2.3.8	Подэлемент 8. Показания к хирургическому лечению пневмоторакса
2.8.2.4	Элемент 4. Легочные кровотечения и кровохарканье
2.8.2.4.1	Подэлемент 1.Этиология и патогенез
2.8.2.4.2	Подэлемент 2. Клинические особенности в зависимости от основного заболевания
2.8.2.4.3	Подэлемент 3. Показания к бронхоскопии
2.8.2.4.4	Подэлемент 4. Показания к ангиографии легких
2.8.2.4.5	Подэлемент 5. Интенсивная терапия и реанимация
2.8.2.4.6	Подэлемент 6. Показания к оперативному вмешательству
2.8.2.5	Элемент 5. Острый респираторный дистресс-синдром
2.8.2.5.1	Подэлемент 1. Этиология и патогенез
2.8.2.5.2	Подэлемент 2.Особенности клинического течения
2.8.2.5.3	Подэлемент 3. Показатели лабораторных и инструментальных исследований
2.8.2.5.4	Подэлемент 4. Интенсивная терапия
2.8.3	Подтема 3. Интенсивная терапия и реанимация в эндокринологии.
2.8.3.1	Элемент 1. Гипергликемическая (диабетическая) кома.
2.8.3.1.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.3.1.2	Подэлемент 2.Патогенез.
2.8.3.1.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.3.1.4	Подэлемент 4. Лабораторная диагностика.
2.8.3.1.5	Подэлемент 5.Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.3.2	Элемент 2. Гипогликемическая кома.
2.8.3.2.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.3.2.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.3.2.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.3.2.4	Подэлемент 4. Лабораторная диагностика.
2.8.3.2.5	Подэлемент 5. Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.3.3	Элемент 3. Гиперосмолярная кома.
2.8.3.3.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.3.3.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.3.3.3	Подэлемент 3. Клиника.

2.8.3.3.4	Подэлемент 4. Лабораторная диагностика.
2.8.3.3.5	Подэлемент 5. Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.3.4	Элемент 4. Гиперлактацидемическая кома.
2.8.3.4.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.3.3.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.3.3.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.3.3.4	Подэлемент 4. Лабораторная диагностика.
2.8.3.3.5	Подэлемент 5. Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.4	Подтема 4. Интенсивная терапия и реанимация в аллергологии.
2.8.4.1	Элемент 1. Анафилактический шок и анафилактические реакции.
2.8.4.1.1	Подэлемент 1. Этиология и патогенез.
2.8.4.1.2	Подэлемент 2. Клиника.
2.8.4.1.3	Подэлемент 3. Диагностика.
2.8.4.1.4	Подэлемент 4. Интенсивная терапия и реанимация.
2.8.4.2	Элемент 2. Крапивница.
2.8.4.2.1	Подэлемент 1. Этиология.
2.8.4.2.2	Подэлемент 2. Патогенез.
2.8.4.2.3	Подэлемент 3. Клиника.
2.8.4.2.4	Подэлемент 4. Диагностика.
2.8.4.2.5	Подэлемент 5. Интенсивная терапия, плазмаферез, гемосорбция.

МОДУЛЬ 3

Смежные дисциплины

название модуля

Код	Наименование тем (подтем, элементов, подэлементов)
3.1	Тема 1. Инфекционные болезни
3.1.1	Подтема 1. Вирусный гепатит
3.1.1.1	Элемент 1. Этиология
3.1.1.2	Элемент 2. Эпидемиология
3.1.1.3	Элемент 3. Клиника, критерии тяжести
3.1.1.4	Элемент 4. Осложнения
3.1.1.5	Элемент 5. Печеночная кома
3.1.1.6	Элемент 6. Лабораторные методы исследования при вирусном гепатите
3.1.1.7	Элемент 7. Дифференциальная диагностика желтух
3.1.1.8	Элемент 8. Лечение больных вирусным гепатитом
3.1.2	Подтема 2. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)
3.1.2.1	Элемент 1. Этиология и эпидемиология
3.1.2.2	Элемент 2. Ведущие синдромы в патогенезе и клинике
3.1.2.3	Элемент 3. Лечение неосложненных и осложненных форм гриппа
3.1.2.4	Элемент 4. Профилактика гриппа
3.1.2.5	Элемент 5. Характеристика респираторного и общеинфекционного синдромов различных форм ОРВИ
3.1.2.6	Элемент 6. Клинико-эпидемиологическая диагностика ОРВИ
3.1.2.6.1	Подэлемент 1. Лечение различных форм ОРВИ
3.1.3	Подтема 3. Кишечные инфекции
3.1.3.1	Элемент 1. Дизентерия
3.1.3.2	Элемент 2. Брюшной тиф

3.1.3.3	Элемент 3. Паратифы
3.1.3.4	Элемент 4. Сальмонеллезы
3.1.3.5	Элемент 5. Пищевые токсикоинфекции
3.1.3.6	Элемент 6. Этиология
3.1.3.7	Элемент 7. Эпидемиология
3.1.3.8	Элемент 8. Патогенез
3.1.3.9	Элемент 9. Клинические формы
3.1.3.10	Элемент 10. Диагностика и дифференциальная диагностика
3.1.3.11	Элемент 11. Лабораторная диагностика
3.1.3.12	Элемент 12. Лечение
3.1.4	Подтема 4. СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)
3.1.4.1	Элемент 1. ВИЧ-инфекция
3.1.4.2	Элемент 2. Этиология
3.1.4.3	Элемент 3. Эпидемиология
3.1.4.4	Элемент 4. Клиника
3.1.4.5	Элемент 5. Диагностика
3.1.4.6	Элемент 6. Дифференциальная диагностика
3.1.4.7	Элемент 7. Тактика врача

МОДУЛЬ 4

Обучающий симуляционный курс

название модуля

Место проведения – Научно- образовательный инновационный центр. Кафедра Медицинской симуляции и учебной практики ДГМУ, пр-т И. Шамиля 44/2.

Основной **целью** обучающего симуляционного курса является углубленная подготовка специалиста к самостоятельной практической деятельности, выполнению лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи в полном объёме в соответствии с освоенными знаниями.

Прохождение обучающего симуляционного курса способствует приобретению и повышению профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности.

Код	Наименование тем <i>(подтем, элементов, подэлементов)</i>
4.1	Тема 1. Базовая сердечно-легочная реанимация с дефибрилляцией. Симуляционное оборудование: виртуальный робот-пациент - симулятор для проведения базовой СЛР «Родам» с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей: 1) глубина компрессий; 2) положение рук при компрессиях; 3) высвобождение рук между компрессиями; 4) частота компрессий; 5) дыхательный объём; 6) скорость вдоха. Учебный автоматический наружный дефибриллятор (АНД).
4.1.1	Подтема 1. Обеспечение свободной проходимости дыхательных путей.
4.1.2	Подтема 2. . Выбор точки для компрессии грудной клетки.

4.1.3	Подтема 3. Обеспечение непрямого массажа сердца.
4.1.4	Подтема 4. Проведение ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации
4.1.5	Подтема 5. Проведение дефибрилляции, ЭИТ
4.1.6	Подтема 6. Обеспечения искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
4.1.7	Подтема 7. Организация согласованной работы в команде
4.2	Тема 2. Экстренная медицинская помощь взрослому Симуляционное оборудование: Многофункциональная интерактивная система «Боди-Интеракт» робот-симулятор (модель взрослого пациента), позволяющий оценить состояние, выделить ведущие синдромы и оказать медицинскую помощь, в комплекте с оборудованием для проведения общемедицинских диагностических и лечебных вмешательств: 1) имитации дыхательных звуков и шумов; 2) визуализации экскурсии грудной клетки; 3) имитации пульсации центральных и периферических артерий; 4) генерации заданной электрокардиограммы на медицинское оборудование. 5) речевое сопровождение; 6) моргание глаз и изменение просвета зрачков; 7) имитация цианоза; 8) имитация аускультативной картины работы сердца, тонов/шумов сердца; 9) имитация потоотделения; 10) имитация изменения капиллярного наполнения и температуры кожных покровов; 11) имитация показателей сатурации, ЧСС через настоящий пульсоксиметр; 12) имитация показателей АД и температуры тела через симуляционный монитор пациента.
4.2.1	Подтема 1. Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок
4.2.2	Подтема 2. Острый коронарный синдром (ОКС2), отёк легких
4.2.3	Подтема 3. Анафилактический шок (АШ)
4.2.4	Подтема 4. Гиповолемия (ЖКК)
4.2.5	Подтема 5. Бронхообструктивный синдром (БОС)
4.2.6	Подтема 6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
4.2.7	Подтема 7. Спонтанный пневмоторакс
4.2.8	Подтема 8. Инородное тело в дыхательных путях
4.2.9	Подтема 9. Гипогликемия
4.2.10	Подтема 10. Гипергликемия
4.2.11	Подтема 11. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)
4.2.12	Подтема 12. Расслоение аневризмы аорты
4.2.13	Подтема 13. Эпилептический приступ
4.3.	Тема 3. Физикальное обследование пациента
4.3.1	Подтема 1. Сердечно-сосудистая система Симуляционное оборудование: Манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца и легких, с функцией пальпации верхушечного толчка, визуализации вен шеи и пульсации центральных и периферических артерий, синхронизированных с сердечными фазами или симулятор для аускультации сердца и легких с синхронизацией показателей артериального давления и пульсации сосудов. Предполагается, что на пациенте есть одежда (футболка, шорты).
4.3.1.1	Элемент 1. Недостаточность митрального клапана, хроническая.
4.3.1.2	Элемент 2. Стеноз и недостаточность митрального клапана

4.3.1.3	Элемент 3. Недостаточность аортального клапана, острая
4.3.1.4	Элемент 4. Стеноз аортального клапана
4.3.1.5	Элемент 5. Дефект межпредсердной перегородки
4.3.1.6	Элемент 6. Дефект межжелудочковой перегородки
4.3.1.7	Элемент 7. Открытый артериальный проток
4.3.1.8	Элемент 8. Нет нарушений клапанного аппарата сердца
4.3.2	Подтема 2. Брюшная полость Симуляционное оборудование: Манекен для диагностики абдоминальных заболеваний с возможностью проведения осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации живота Или Манекен для диагностики абдоминальных заболеваний с возможностью проведения осмотра, пальпации, аускультации живота, конструктором патологий, объективной оценкой действий обучающегося и возможностью имитации следующих показателей: определение размеров печени;– имитация перистальтики кишечника;– наличие объемных образований.
4.3.2.1	Элемент 1. Патология восходящей кишки
4.3.2.2	Элемент 2. Патология нисходящей кишки
4.3.2.3	Элемент 3. Патология печени
4.3.2.4	Элемент 4. Патология селезенки
4.3.2.5	Элемент 5. Отсутствие патологии в брюшной полости
4.3.3	Подтема 3. Прямая кишка Симуляционное оборудование: Тренажер для ректального исследования с набором патологий предстательной железы
4.3.3.1	Элемент 1. Нормальная прямая кишка
4.3.3.2	Элемент 2. Диффузное уплотнение предстательной железы
4.3.3.3	Элемент 3. Очаговое уплотнение предстательной железы
4.3.3.4	Элемент 4. Предстательная железа в норме
4.4.	Тема 4. Коммуникация Симуляционное оборудование :Не требуется
4.4.1.	Подтема 1.Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача
4.4.1.1	Элемент 1. Пациент с жалобами на слабость
4.4.1.1.1	Подэлемент 1. Система органов пищеварения
4.4.1.1.2	Подэлемент 2. Система органов кроветворения
4.4.1.1.3	Подэлемент 3. Нервная система
4.4.1.1.4	Подэлемент 4. Сердечно-сосудистая система
4.4.1.1.5	Подэлемент 5. Мочевыделительная система
4.4.1.1.6	Подэлемент 6. Система органов дыхания
4.4.1.1.7	Подэлемент 7. Эндокринная система
4.4.1.2	Ээлемент 2. Пациент с жалобами на диарею
4.4.1.2.1	Подэлемент 1. Система органов пищеварения
4.4.1.3	Элемент 3. Пациент с жалобами на кашель
4.4.1.3.1	Подэлемент 1. Система органов дыхания
4.4.1.4	Элемент 4. Пациент с жалобами на боли в груди
4.4.1.4.1	Подэлемент 1. Сердечно-сосудистая система

4.4.1.5	Элемент 5. Пациент с жалобами на повышенную температуру
4.4.1.5.1	Подэлемент 1. Нервная система
4.4.1.5.2	Подэлемент 2. Система органов дыхания
4.5	Тема 5. Регистрация и интерпретация электрокардиограммы Симуляционное оборудование: Электрокардиограф, манекен для постановки электродов для ЭКГ, имитатор электрических потенциалов ЭКГ с набором патологий.
4.5.1	Подтема 1. Подготовка электрокардиографа к работе.
4.5.2	Подтема 2. Установка электродов.
4.5.3	Подтема 3. Запись ЭКГ.
4.5.4	Подтема 4. Интерпретация ЭКГ
4.5.4.1	Элемент 1. При гипертрофии предсердий
4.5.4.2	Элемент 2. При гипертрофии желудочков
4.5.4.3	Элемент 3. При ритме из предсердий
4.5.4.4	Элемент 4. При ритме из желудочков
4.5.4.5	Элемент 5. Определение ЭОС
4.5.4.6	Элемент 6. Определение ЧСС
4.5.4.7	Элемент 7. Нарушения синоатриальной и атриовентрикулярной проводимости
4.5.4.8	Элемент 8. Нарушения внутрижелудочковой проводимости
4.5.4.9	Элемент 9. Изменения сегмента ST
4.5.4.10	Элемент 10. Изменения зубца Т
4.5.4.11	Элемент 11. Изменения зубца Q
4.5.4.12	Элемент 12. Другие изменения на ЭКГ
4.5.4.12.1	Подэлемент 1. Синдром ранней реполяризации желудочков
4.5.4.12.2	Подэлемент 2. Феномен предвозбуждения желудочков
4.5.4.12.3	Подэлемент 3. Признаки гиперкалиемии
4.5.4.12.4	Подэлемент 4. Признаки гипокалиемии
4.5.4.12.5	Подэлемент 5. Синдром удлиненного QT
4.5.4.12.6	Подэлемент 6. Синдром укорочения QT
4.5.4.12.7	Подэлемент 7. Синдром Бругада
4.5.4.12.8	Подэлемент 8. Снижение вольтажа
4.5.4.13	Элемент 13. Заключение по ЭКГ

2.4 Оценка качества освоения программы

2.4.1 Формы промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1 Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА - зачёт. Зачет проводится в виде собеседования, и (или) проверки практических умений по темам учебного модуля;

- в виде итоговой аттестации (ИА). Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП.

Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового

контроля письменно, и решения одной ситуационной задачи письменно и собеседования с обучающимся по контрольным вопросам.

2.4.1.2 Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

2.4.2 Шкала и порядок оценки степени освоения обучающихся учебного материала Программы определяется Положением об организации итоговой аттестации обучающихся в ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По результатам любого из видов аттестационных испытаний, включенных в итоговую аттестацию, выставляются отметки по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При осуществлении уровня оценки сформированности компетенций, умений и знаний обучающихся и выставлении отметки может использоваться «принцип сложения»:

- отметка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не справившемуся с выполнением итоговой аттестационной работы;

- отметку «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе. Как правило, отметка «удовлетворительно» выставляется слушателям, допустившим погрешности в итоговой квалификационной работе;

- отметку «хорошо» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных программой, изучивших литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности; – отметку «отлично» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций; умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

2.5 Оценочные материалы

Оценочные материалы представлены в виде 2000 тестов, 30 ситуационных задач и 66 контрольных вопросов для собеседования.

Примеры тестовых заданий:

При пневмонии крепитация лучше выслушивается: {

⇒ в стадии прилива и разрешения

~ в стадии красного опеченения

~ в стадии серого опеченения

~ во всех стадиях

}

Ржавая мокрота более типична: {

~ для интерстициальной пневмонии

=для пневмококковой пневмонии
~для муковисцидоза
~для тромбоэмболии ветвей легочной артерии
}

В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук: {

~низкий
~абсолютно тупой
~без изменений
=укорочен с тимпаническим оттенком
}

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача 1

Пациент А, 25 лет поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы на повышение температуры до 39°C , кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и при глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Anamnesis morbi. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение парацетомолом и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧДД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. Над легкими усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, свистящие сухие и мелкопузырчатые хрипы на участке площадью 6см^2 ниже угла правой лопатки. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс- 96 в 1 минуту ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-120/70 мм рт. ст., живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги.

ОАК: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нб-120г/л; цв.п.-0,9; Л- $12,0 \times 10^9/\text{л}$; п.-8%; с.-52%; л.-32%; м.-8%; СОЭ-30мм/час.

1. Предположите наиболее верный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте антибактериальную терапию. Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проведенной терапии в стационаре состояние больного улучшилось. Т-ра в норме. В легких хрипов нет. ЧДД-18 уд.мин. ОАК: эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нб-120г/л; цв.п.-0,9; лейкоциты- $6,0 \times 10^9/\text{л}$; п.-2%; с.-65%; л.-30%; м.-3%; СОЭ-10мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Ситуационная задача 2

Пациентка 52 года, инвалид II группы по заболеванию ССС. поступила в кардиологическое отделение.

Жалобы на головную боль в теменной и затылочной областях, головокружение, тошноту, однократную рвоту, боли в левой половине грудной клетки сжимающего и давящего характера.

Anamnesis morbi. Больна 25 лет, когда стали беспокоить головные боли, головокружение и было выявлено повышение АД. Лечилась амбулаторно и стационарно, постоянно принимала гипотензивные препараты различных фармакологических групп, но АД снижается незначительно.

Anamnesis vitae. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние средней тяжести, заторможена, в контакт вступает с трудом. Кожные покровы бледные, сухие, ригидность мышц затылка. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево, тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над аортой, мягкий систолический шум в точке Боткина и на верхушке. ЧСС 72 в 1 мин., АД 220/120 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, выслушивается систолический шум в околопупочной области. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований?
4. В консультациях каких специалистов нуждается пациент?
5. Ожидаемые заключения специалистов.

Примеры контрольных вопросов:

1. Гипертонические кризы: классификация, лечение.
2. Гипергликемическая кома. Диагностика, неотложная помощь.
3. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1 Материально-технические условия

3.1.1 Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Вид занятий которые проводятся в помещении	Этаж, кабинет
1	ГБУ РКБ СМП, РД, г. Махачкала, ул Пирогова №3	ПЗ	2 этаж, каб. №1
		ПЗ	2 этаж, кааб №2
		ПЗ	2 этаж, каб. №3
		ПЗ	2 этаж, кааб. №4
		Л	2 этаж, лекц. зал
2	ФГБОУ ВО ДГМУ, аккредитационно-симуляционный центр, РД, г. Махачкала пр. Шамиля №46	ОСК	1-й этаж.

3.1.2 Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Мультимедийный проектор с ноутбуком
2.	Ноутбук
3.	Компьютер
4.	Стенды
5.	Сканер
6.	Ксерокс
7.	Негатоскоп
8.	Телевизор
9.	Экран
10.	Электрокардиограф
11.	Спирограф

3.2 Учебно-методическое и информационное обеспечение

3.2.1 Литература

№№	Основная литература
1.	Клинические рекомендации. Кардиология / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 912 с. ISBN 978-5-9704-2732-3.
2.	Клинические рекомендации. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. ISBN 978-5-9704-5323-0.
3	Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В.Т. Ивашкина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 208 с. ISBN 978-5-9704-4406-1.
4	Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Вып 2-й. / Под ред. А.А. Баранова, Ю.Н. Беленкова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1376 с. ISBN: 978-5-9704-1581-8
5	Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиограмма: анализ и интерпретация. – Медпресс, Москва. 2016. – 224 с. ISBN 978-5-00030-689-5
6	Национальное руководство. Эндокринология. /Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1072 с. ISBN 978-5-9704-5083-3.
7	Национальное руководство. Кардиология. /Под ред. Р.Г. Оганова, Ю.Н Беленкова-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.–1232 с. ISBN 978-5-9704-2767-5.
8	Национальное руководство. Пульмонология. /Под ред. А.Г. Чучалина.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 960 с. ISBN 978-5-9704-5323-0.
9	Национальное руководство. Ревматология. /Под ред. Е.Л. Насоновой, В.А. Насонова.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.– 720 с. ISBN 978-5-9704-1650-1.
10	Национальное руководство. Гастроэнтерология. /Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.– 480 с. ISBN 978-5-9704-4406-1.
11	Национальное руководство. Интенсивная терапия. /Под ред. Б.Р. Гельфанд, А.И. Салтанов.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1-й том – 956 с., 2-й том 784 с. ISBN 978-5-9704-2663-0.
12	Мухин, Н. А. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н. А. Мухин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 608 с. ISBN 978-5-9704-5702-3.
13	Руководство по первичной медико-санитарной помощи / Под ред. А.А. Баранова, И.Н. Денисова, А.Г. Чучалина– Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1584 с. ISBN 5-9704-0200-1

Дополнительная литература	
1	Зудбинов Ю.И. Азбука ЭКГ и боли в сердце.- Ростов-на-Дону, Феникс, 2016.- 240 с. ISBN 978-5-222-34137-7
2	Справочник Видаль Лекарственные препараты в России: справочник/ Москва: АстраФармСервис, 2018. – 1696 с. ISBN: 978-5-89892-151-4
3	Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей/Санкт-Петербург.: ООО «Издательство Фолиант», 2019. – 672 с. ISBN 978-5-93929-245-0
4	Моисеев В.С. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией. / Руководство для врачей.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.– 832 с. ISBN: 978-5-9704-0849-0
5	Неотложная помощь в терапии и кардиологии: учеб. пособие / Под ред. Ю.И. Гринштейна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 224 с. ISBN 978-5-9704-1162-9.
6	Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4-х т. / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 248 с. ISBN 978-5-9704-0731-8.
7	Руководство по лабораторным методам диагностики / Под ред. А.А. Кишкун.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 800с. ISBN 978-5-9704-3102-3.
8	Н.У. Чамсутдинов С.Н. Маммаев Д.Н. Абдулманапова. Диагностика и лечение бронхиальной астмы коморбидной с заболеваниями желудочно- кишечного тракта. Монография. Москва. 2018. ISBN: 978-5-00122-861-5
9	Чиликина Н.С. Биологическая терапия ревматических заболеваний: учебное пособие/Н.С. Чиликина, С.Н. Маммаев, А. Ш. Хасаев –Махачкала: ИПЦ ДГМУ,2018.80 с. Рекоменд. Протокол № 6 от 21.03.2018 г.
10	Маммаев С.Н. Чиликина, Н.С. Биологическая терапия ревматических заболеваний: учебное пособие/Н.С. Чиликина, С.Н. Маммаев. А. Ш. Хасаев. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ,2018.80 с.
11	Воспаление при артериальной гипертензии: монография/С.Н. Маммаев, Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева. -Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2017.-142 с.
12	Маммаев С. Н. Ахмедова, М.Д. Миокардиты: клиника, диагностика и лечение: монография/М.Д. Ахмедова, С.Н. Маммаев, А.Ш. Хасаев, У.У. Гишиев. -2-е изд. Перераб. И доп.-М., : [изд. «Перо»],2019.-156 с.
13	Маммаев С.Н. Заглиев, С.Г. ЭКГ. Диагностика нарушений ритма и проводимости сердца (Атлас электро- кардиограмм)/С.Г. Заглиев, С.Н. Маммаев С.С, Заглиева .-Махачкала: ИПЦ ДГМУ,2019.-316 с.
14	Электрокардиография / С Г. Заглиев, С. Н. Маммаев, С. С. Заглиева ; МЗ РФ, ФГБОУ ВО «ДГМУ»– Махачкала : ИПЦ ДГМУ, 2020.-388 с.
15	Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 208 с. ISBN 978-5-9704-4406-1.
16	Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б. Р. , Заболотских И. Б. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 928 с. ISBN 978-5-9704-4832-8.
17	Чучалин, А. Г. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с. – 800 с. ISBN 978-5-9704-3787-2.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Проблемы эндокринологии.
2. Лечащий врач
3. Медицинский алфавит
4. Science Journals
5. The New England Journal of Medicine

6. Русский медицинский журнал

7. Консилиум медикум.

3.2.2 ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http://www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
4.	PubMedMEDLINE	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
	Google scholar	https://scholar.google.ru/
	Новости медицины	https://www.univadis.ru/
	Вопросы здравоохранения. Информация о ВОЗ	https://www.who.int/en/
	Министерство образования и науки РФ	https://minobrnauki.gov.ru/
	Министерство здравоохранения РФ	http://minzdravrd.ru/
	Научная электронная библиотека КиберЛенинка	https://cyberleninka.ru/
	Электронная научная библиотека	https://elibrary.ru/defaultx.asp
	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)	http://feml.scsml.rssi.ru/
	Univadis®: международный информационно-образовательный портал, помогающий врачам всего мира оставаться на передовом рубеже в своих специальностях.	http://www.medlinks.ru/
	Медицинская поисковая система	http://www.medinfo.ru/
	Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия	https://www.mediasphera.ru/
	Проблемы эндокринологии.	https://www.mediasphera.ru/
	Лечащий врач	https://www.lvrach.ru/
	Медицинский алфавит	http://www.medalfavit.ru/
	Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России.	https://www.vidal.ru/
	Science Journals	https://www.sciencemag.org/
	The New England Journal of Medicine	https://www.nejm.org/
	Русский медицинский журнал	https://www.rmj.ru/
	Консилиум медикум	https://con-med.ru/
	Адрес страницы кафедры.	https://dgmu.ru/fakultety/poslediplomnoe-obrazovanie/terapii-fpk-i-pps/
	Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова	http://www.fbm.msu.ru/sci/publications/

	(публикации).	
	Электронная библиотека РФФИ.	https://www.rfbr.ru/rffi/ru/
	Недуг.ру (медицинская информационная служба).	http://www.nedug.ru/
	Библиотеки в интернет.	http://guide.aonb.ru/libraries1.html
	Наука и образование в интернет.	http://guide.aonb.ru/nauka.html
	Электронная библиотека учебников.	http://studentam.net/
	Библиотека.	https://www.medbook.net.ru/
	Портал учебники – бесплатно РФ.	https://scicenter.online/404.html
	PubMed.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
	MedLinks.ru .	http://www.medlinks.ru/
	Сайт ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ	https://rmapo.ru/
	Сайт Российского кардиологического научно-производственного комплекса	https://cardioweb.ru/
	Сайт Российского респираторного общества	http://www.pulmonology.ru/
	Сайт Центрального НИИ гастроэнтерологии ДЗ Москвы	https://www.mknc.ru/
	Сайт Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины	https://www.gnicpm.ru/
	Сайт Центрального НИИ эпидемиологии	http://www.crie.ru/
	Справочно-правовая система Консультант Плюс.	http://www.consultant.ru/
	Федеральная электронная медицинская библиотека.	http://feml.scsml.rssi.ru/feml
	Единое окно доступа к образовательным ресурсам.	http://window.edu.ru/

3.3 Кадровые условия

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры терапии ФПК и ППС.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, *имеющих сертификат специалиста по терапии*, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Кадровое обеспечение образовательного процесса

№ п/п	Наименование модулей (дисциплин, модулей, разделов, тем)	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое Звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместитель ству
1	Модуль 1. «Специальные дисциплины»	1.Кудаев Магомед Тагирович	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, зав. кафедрой терапии ФПК и ППС	
		2. Ахмедова Джаминат Абдуллаевна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		3. Магомедов Абдулхалим Зугаирович	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		4. Атаева Зульмира Наримановна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
2	Модуль 2. «Фундаментальные дисциплины»	1. Кудаев Магомед Тагирович	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, зав. кафедрой терапии ФПК и ППС	
		2. Ахмедова Джаминат Абдуллаевна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		3. Магомедов Абдулхалим Зугаирович	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		4. Атаева Зульмира Наримановна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	

3	Модуль 3. «Смежные дисциплины»	Арбулиева Елена Анатольевна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС, доцент, зав.кафедрой	
4	Модуль 4. «Обучающий симуляционный курс»	1.Кудаев Магомед Тагирович	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, зав. кафедрой терапии ФПК и ППС	
		2. Ахмедова Джаминат Абдуллаевна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		3. Магомедов Абдулхалим Зугаирович	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	
		4. Атаева Зульмира Наримановна	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, доцент кафедры терапии ФПК и ППС	

3.4. Организация образовательного процесса

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, практическое занятие, семинары, аттестация в виде тестирования, аттестация в виде собеседования, оценка практических навыков.

1. Лекции проводятся:

1.1. Без ДОТ полностью с использованием мультимедийных устройств.

2. Семинары проводятся:

2.1. Без ДОТ полностью в виде дискуссии, и/или чтения первоисточников с комментариями слушателей и пояснениями педагога, и/или ситуационного анализа (разбора кейсов), и/или ответов на вопросы, и/или круглого стола и/или конференции с использованием мультимедийных устройств и/или специально оборудованных классов/аудиторий, учебно-методической литературы и т.п.;

3. Практические занятия проводятся:

3.1. Без ДОТ полностью в виде решения клинических ситуационных задач для отработки умений и навыков, анализа информации, полученной от пациентов, интерпретации и анализа данных осмотра пациентов, оценки тяжести заболевания и (или) состояния пациентов, определения диагностических признаков и симптомов заболевания, формулирования предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований, проведение

дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе неотложными, установки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) и его обоснование, разработки плана лечения больного с учетом клинической картины заболевания, факторов риска его развития и возраста больного, назначения медикаментозной терапии больному с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития, назначения немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития, оказания паллиативной медицинской помощи, назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для взрослого населения различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни, формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела и симуляционных занятий с использованием специализированных симуляторов/тренажеров для отработки умений и навыков физикального обследования пациента, оказания базовой сердечно-легочной реанимации с использованием АНД, оказания экстренной медицинской помощи взрослому, регистрации и интерпретации ЭКГ, сбора жалоб и анамнеза в ходе ролевой игры при различных ситуациях.

3.4.1 Дистанционные образовательные технологии ДГМУ

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к цифровой образовательной среде ДГМУ (ЦОС ДГМУ). В ЦОС ДГМУ размещены контрольно-измерительные материалы, видеоматериалы, тексты лекций, учебно-методические и нормативные материалы и т.п.

После внесения данных обучающегося слушатель получает идентификатор - логин и пароль, что позволяет ему входить в систему ДОТ и ЭО под собственными идентификационными данными.

ДОТ обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной (при наличии) и итоговой аттестаций.

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОГРАММЕ

Сведения о программе предназначены для размещения материалов на сайте ИДПО ДГМУ и в других информационных источниках с целью информирования потенциальных обучающихся и продвижения программы на рынке образовательных услуг.

	Обозначенные поля	Поля для заполнения
--	-------------------	---------------------

1	Наименование программы	Терапия
2	Объем программы (в т.ч. аудиторных часов)	576 часов
3	Варианты обучения (ауд. часов в день, дней в неделю, продолжительность обучения - дней, недель, месяцев)	6 часов в день, 6 дней в неделю, 4 месяца
4	с отрывом от работы (очная)	С отрывом от работы (очная)
5	Вид выдаваемого документа после завершения обучения	Диплом о профессиональной переподготовке
6	Требования к уровню и профилю предшествующего профессионального образования обучающихся	Врачи, имеющие высшее образование-специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия", послевузовское образование: подготовку в ординатуре по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)". Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности. Работники имеющие высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, но имеющих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет организуется профессиональная переподготовка по специальности «Терапия»: для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет.
7	Категории обучающихся	Врач общей практики (семейный врач); врач-терапевт.
8	Структурное подразделение, реализующее программу	Кафедра терапии ФПК и ППС
9	Контакты	kafedraterapii2015@gmail.com
10	Основной преподавательский состав	1. профессор Кудав Магомед Тагирович 2. доцент Ахмедова Джагинат Абдуллаевна 3. доцент Магомедов Абдулхалим Зугаирович 4. доцент Атаева Зульмира Наримановна
11	Аннотация	
	Цель и задачи программы	Цель: подготовка квалифицированного врача-специалиста терапевта, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового сохранению и укреплению здоровья взрослого населения (анализ этиологии, патогенеза и клинических проявлений заболеваний внутренних органов человека, их диагностика, нехирургическое лечение, профилактика заболеваний и организация реабилитации пациентов).

		Задачи: профилактическая деятельность: Организация и осуществление профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни. Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для населения различных возрастных групп, направленных на формирование здорового образа жизни. Оформление и направление в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания. Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела. диагностическая деятельность: диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; проведение медицинской экспертизы; лечебная деятельность: оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" и факторов риска его развития. реабилитационная деятельность: проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; психолого-педагогическая деятельность: формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
12	Модули (темы) учебного плана программы	Модуль 1. «Фундаментальные дисциплины». 1.1. Патология. 1.1.1. Нормальная физиология различных систем и органов.

		1.1.2. Патофизиология различных систем организма при патологии отдельных органов и систем. Модуль 2. «Специальные дисциплины». 2.1. Болезни органов дыхания. 2.2. Болезни ССС 2.3. Болезни органов пищеварения. 2.4. Болезни почек. 2.5. Болезни органов кроветворения. 2.6. Ревматические болезни. 2.7 Эндокринные болезни. 2.8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней. Модуль3. «Смежные дисциплины». 3.1. Инфекционные болезни. Модуль 4. «Обучающий симуляционный курс». 4.1. Базовая сердечно-легочная реанимация с дефибрилляцией. 4.2. Экстренная медицинская помощь взрослому. 4.3. Физикальное обследование пациента. 4.4. Регистрация и интерпретация электрокардиограммы 4.5. Коммуникация
13	Уникальность программы, ее отличительные особенности, преимущества	Программа предусматривает обучение слушателей современным методам диагностики и лечения пациентов по профилю терапия. На базе симуляционного центра ДГМУ проводится обучающий симуляционный курс. Программа ориентирована на подготовку обучающихся к аккредитации по специальности: «Терапия».
14.	Дополнительные сведения	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей «терапия», трудоемкостью 576 академических часов по специальности «терапия»

1	Кафедра	Терапии
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	РД, г Махачкала, ул Пирогова №3
4	Зав.кафедрой	профессор Кудаев Магомед Тагирович
5	Ответственный составитель	доцент Атаева Зульмира Наримановна
6	E-mail	Kzn1957@mail.ru
7	Моб. телефон	89285247649
8	Кабинет №	2
9	Учебная дисциплина	Терапия
10	Учебный предмет	Терапия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Терапия
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	Специальные дисциплины
15	Тема	1. Болезни органов дыхания 2. Болезни ССС 3. Болезни органов пищеварения 4. Болезни почек 5. Болезни органов кроветворения 6. Ревматические болезни 7. Эндокринные болезни 8. Интенсивная терапия и реанимация в клинике внутренних болезней
16	Количество вопросов	2000
17	Тип вопроса	<i>single</i>
18	Источник	-

Список тестовых заданий

Раздел: Болезни органов дыхания

При пневмонии крепитация лучше выслушивается: {

⇒в стадии прилива и разрешения

~в стадии красного опеченения

~в стадии серого опеченения

~во всех стадиях

}

Ржавая мокрота более типична: {

~для интерстициальной пневмонии

=для пневмококковой пневмонии

~для муковисцидоза

~для тромбоэмболии ветвей легочной артерии

}

В первые 2 дня крупозной пневмонии (стадия прилива) над областью воспаления перкуторный звук: {

~низкий

~абсолютно тупой

~без изменений

=укорочен с тимпаническим оттенком

}

Зона лучшего выслушивания хрипов при правосторонней среднедолевой пневмонии находится: {

~в подлопаточной области

=по передней поверхности грудной клетки

~по аксиллярной линии

~в подключичной области

}

Голосовое дрожание при пневмонии усилено в стадиях: {

~серого опеченения

=прилива

~разрешения

~красного опеченения

}

При пневмонии возможно развитие делирия: {

~у стариков

~у детей

=у алкоголиков

~при высокой лихорадке

}

У лиц, страдающих алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванной: {

~пневмококком

=клебсиеллой

~пневмоцистой

~микоплазмой

}

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

~пневмококк

~клебсиелла

=пневмоциста
~микоплазма
}

Наиболее частым возбудителем госпитальной пневмонии у больных пожилого возраста является:{

~пневмококк
~микоплазма
~легионелла
=клебсиелла
}

Внебольничные пневмонии чаще всего вызываются: {

~стафилококками
=пневмококками
~синегнойной палочкой
~легионеллой
}

При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: {

~давность заболевания
~локализацию воспалительного процесса
=природу возбудителя, вызвавшего пневмонию
~сопутствующие заболевания
}

При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначать:{

=амоксциллин
~бензамицин
~левомицетин
~левофлоксацин
}

Укажите антибактериальный препарат, малоактивный в отношении пневмококка:{

~азитромицин
~пенициллин
~цефтриаксон
=ципрофлоксацин
}

Препаратом первой линии выбора при пневмококковой пневмонии является: {

~доксидиклин
~метициллин
~цефотаксим
=амоксциллин
}

Лечение пневмонии в поликлинических условиях у лиц молодого возраста следует начинать с: {

~оральных цефалоспоринов второго поколения

~гентамицина
~фторхинолонов
=макролидов нового поколения
}

Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при воспалительном уплотнении доли легкого: {

~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков
=только отставание в дыхании половины грудной клетки
~гиперстеническая грудная клетка
~увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон
}

Какой перкуторный звук появляется при воспалительном уплотнении легочной ткани? {

=абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук
~ясный легочный звук
~тимпанический звук
~коробочный звук
}

Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспаления легких? {

~абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук
~ясный легочный звук
~тимпанический звук
=притупление с тимпаническим оттенком
}

При аускультации легких используется дополнительный прием покашливание для: {

~отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов
~выявления скрытой бронхиальной обструкции
~отличия сухих хрипов от влажных хрипов
=отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры
}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевым воспалительном уплотнении легких? {

~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
~амфорическое дыхание
=бронхиальное дыхание
~жесткое дыхание
}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при начальной стадии воспаления легких? {

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание
~амфорическое дыхание
~бронхиальное дыхание

~жесткое дыхание

}

Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых звонких хрипов: {

~вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

~жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

~жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани

=жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани

}

Нозокомиальные госпитальные пневмонии чаще вызываются: {

~пневмококком

=стафилококком

~легионеллой

~микоплазмой

}

Лечение пневмонии, вызванной легионеллой, проводится: {

~пенициллином

~кефзолем

=эритромицином

~тетрациклином

}

У служащей гостиницы с кондиционерами температура 40°, озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании миалгии, тошнота, понос. Р-графия выявила инфильтраты в обоих легких. Сослуживец госпитализирован с пневмонией. Какой возбудитель вызвал пневмонию?{

~клебсиелла

=легионелла

~микоплазма пневмонии

~палочка Пфейффера

}

Назовите возбудителей, вызывающих интерстициальные пневмонии: {

~пневмококки

=вирусы

~стрептококки

~стафилококки

}

У б-го со СПИДом сухой кашель, температура. На R-граммах усиление легочного рисунка и 2-сторонние мелкоочаговые тени в центральных отделах легких. Какой антибактериальный препарат назначите? {

~пенициллин

~ампициллин

=триметоприм

~стрептомицин

}

Развитие пневмоцистной пневмонии возможно при:{

~хроническом алкоголизме

=при наркомании
~при остром лейкозе
~при остром пиелонефрите
}

Наиболее частым возбудителем нозокомиальной (госпитальной) пневмонии у пожилых больных является: {

=клебсиелла
~хламидия
~микоплазма
~пневмококк
}

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

~микоплазма
~пневмококк
=пневмоциста
~клебсиелла
}

Нозокомиальной принято считать пневмонию, возникшую: {

~у больного, лечившегося в домашних условиях от другого заболевания ~до 48 часов после госпитализации пациента
~у беременной женщины после 20 недель беременности
=позднее 48 часов после госпитализации пациента
}

Для лечения внебольничной пневмонии, вызванной пневмококком показан: {

~левофлоксацин
~доксидиклин
~амикацин
=амоксиклав
}

При микоплазменной пневмонии препаратами первой линии являются: {

~цефалоспорины
~фторхинолоны
~пенициллины
=макролиды
}

При терапии пневмонии к рациональной комбинации антибиотиков относят: {

~тетрациклины + сульфаниламиды
=пенициллины + макролиды
~пенициллины + цефалоспорины
~тетрациклины + пенициллины
}

При лечении пневмонии у беременной нельзя применять: {

=тетрациклин

~пенициллин
~амоксциллин
~амоксиклав
}

Антибактериальные средства для лечения внебольничной пневмонии принято делить на: {

~альтернативные препараты
~препараты выбора
=средства 1-ой, 2-ой, 3-ей линии
~резервные
}

При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение: {

~УВЧ – терапии
=индуктотермии
~микроволновой терапии
~электрофореза димедролом
}

К группе тетрациклинов принадлежит: {

~ванкомицин
=метациклина
~норфлоксацин
~амоксциллин
}

К группе аминогликозидов относится антибиотик: {

=мономицин
~джозамицин
~ванкомицин
~ристомицин
}

Бактерицидное действие не оказывают: {

~аминогликозиды
=макролиды
~пенициллины
~цефалоспорины
}

Рациональными комбинациями при внебольничной пневмонии являются: {

=бета-лактамы +макролиды
~пенициллины+цефалоспорины
~аминогликозиды+фторхинолоны
~пенициллины+сульфониламиды
}

Пневмония считается затяжной, если воспаление легочной ткани длится в течение: {

=4 - 6 недель , а в некоторых случаях до 6- 8 месяцев;
~2-х недель;

~ 1-ой недели;
~3-х недель.
}

Переходу острой пневмонии в затяжную способствует:{

=пожилой возраст пациента;
~ перенесенный в прошлом острый бронхит;
~наличие ожирения у пациента;
~одностороннее поражение легочной ткани.
}

Какие лекарственные средства назначают при пневмонии в первую очередь: {

=этиотропные;
~отхаркивающие;
~бронхоспазмолитические;
~иммуномодулирующие.
}

При выборе антибиотика для лечения пневмонии в первую очередь надо учитывать: {

~давность заболевания;
=природу возбудителя инфекции, вызвавшего пневмонию;
~сопутствующие заболевания;
~индивидуальную переносимость антибактериальных препаратов.
}

Выберите антибиотик для лечения внебольничной пневмонии вызванной пневмококком: {

~тетрациклины;
~фторхинолоны;
=цефалоспорины;
~производные аминогликозидов.
}

Гентамицин при его неэффективности в лечении двусторонней пневмонии, вызванной клебсиеллой, можно заменить: {

=кефзол;
~пенициллином;
~эритромицином;
~оксациллина натриевой солью.
}

При лечении пневмонии микоплазменной этиологии назначают: {

=доксидин
~амоксиклав
~бензилпенициллин
~цефтриаксон
}

К группе пенициллинов относится: {

~доксидин;

=амоксциллин;
~левофлоксацин;
~офлоксацин.
}

К группе цефалоспоринов относится: {

~тобрамицин;
=цефалоридин;
~ванкомицин;
~карбопенем.
}

Наиболее частым возбудителем госпитальной (внутрибольничной) пневмонии у больных пожилого возраста является: {

~пневмококк;
~микоплазма;
=клебсиелла;
~протей.
}

У лиц страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных: {

~пневмококком
~стрептококком
~кишечной палочкой
=стафилококком
}

Для профилактики осложнений антибактериальной терапии необходимо: {

~уточнить анамнез, переносимость лекарств
~иметь сигнальную карту со сведениями обо всех реакциях на лекарственные препараты
=не проводить пробы с препаратами, на которые у больного раньше возникала аллергия
~не допускать назначения нерациональных и несовместимых антибактериальных средств
}

При пневмонии, обусловленной пенициллиноустойчивым стафилококком, препаратом выбора является:{

~левомицитин
=ванкомицин
~ампициллин
~азитромицин
}

Отхаркивающим средством, обладающим также антисептическим свойством, является: {

~трава термопсиса
~бромгексин
~мукалтин
=трава чабреца

}

При острой пневмонии на 3-5 день болезни можно назначить: {

~индуктотерапию
=УВЧ-терапию
~франклинизацию
~радоновые ванны
}

Показанием для комбинированной антибиотикотерапии при пневмонии служит прежде всего: {

~тяжелое течение пневмонии при отсутствии информации о природе возбудителя инфекции;
~смешанный характер инфекции;
~необходимость усиления антибактериального эффекта;
~отсутствие сведений о природе возбудителя инфекции при косвенных указаниях на возможность участия грам- отрицательных бактерий.
}

При проведении комбинированной антибактериальной терапии при пневмонии рациональным является сочетание следующих средств: {

~пенициллинов и сульфаниламидов;
~пенициллинов и тетрациклинов;
=пенициллинов и макролидов;
~сульфаниламидов и тетрациклинов.
}

Из перечисленных антибиотиков больным с аллергическими реакциями на бензилпенициллин следует назначить: {

~ампициллин;
~цефазолин;
=левофлоксацин;
~тиенам.
}

При подозрении на пневмококковую пневмонию следует назначить: {

~олететрин;
~сумамед;
=амоксциллин;
~эритромицин.
}

При подозрении на микоплазменную пневмонию следует назначать: {

~пенициллины;
=азитромицин;
~левомицетин;
~стрептомицин.
}

Лечебная физкультура показана при: {

~язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 недели после кровотечения;
~язвенной болезни двенадцатиперстной кишки через 2 месяца после кровотечения;

~крупноочаговом инфаркте миокарда через 3 недели от начала заболевания;
=пневмококковой пневмонии через 7 дней от начала заболевания.
}

Пневмонией следует называть: {

~инфекционные воспалительные процессы в легких;
~различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких;
~различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и инфильтрации легких;
=различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела.
}

При пневмонии поражаются: {

~крупные бронхи;
~дыхательные бронхиолы;
=альвеолы;
~интерстиций легких.
}

При аускультации легких у больных пневмонией не выявляются: {

~ослабленное дыхание при отсутствии хрипов;
=сухие хрипы;
~крупнопузырчатые влажные хрипы;
~мелкопузырчатые влажные хрипы.
}

Укажите основной механизм появления патологического бронхиального дыхания: {

~снижение эластичности легочной ткани;
=проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом;
~сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота);
~наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизмененными альвеолами.
}

При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей: {

=трансфузии свежзамороженной плазмы;
~парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;
~внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;
~инфузии гепарина.
}

При подозрении на пневмонию, вызванную клебсиеллой, не могут быть назначены: {

=пенициллины 1-го поколения;
~цефалоспорины 3-го поколения;
~пенициллины 5-го поколения;

~аминогликозиды.

}

Лечение антибиотиками острой пневмонии следует прекратить: {

~через 1 неделю после начала лечения;

=через 2 дня после нормализации температуры тела;

~после исчезновения хрипов в легких;

~после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания.

}

Частота какого возбудителя пневмонии возрастает во время эпидемии гриппа?
{

~пневмококка;

~кишечной палочки;

~клебсиеллы;

=стафилококка.

}

Диагноз пневмонии исключается при наличии клинических признаков заболевания, но на рентгенограмме легких выявлено: {

=обогащение легочного рисунка;

~очаговая тень;

~участок затемнения, занимающего часть сегмента легкого;

~участок затемнения, занимающего весь сегмент легкого.

}

Стафилококковые пневмонии чаще развиваются: {

=при гриппе;

~у лиц пожилого возраста;

~при хроническом бронхите;

~у пациентов стационаров (внутрибольничная инфекция).

}

Если этиология пневмонии не установлена, вначале следует назначить следующий антибактериальный препарат: {

~стрептомицин;

~пенициллин;

~тетрацилин

=антибиотик группы цефалоспорины.

}

Возбудителем пневмонии чаще всего являются: {

=пневмококк;

~стрептококк;

~стафилококк;

~клебсиелла.

}

При затяжном и рецидивирующем течении пневмонии у курящих мужчин старше 40 лет необходимо в первую очередь исключить: {

~тромбоэмболию легочных артерий;

~туберкулез легких;

=рак легких;
~ХОБЛ.
}

При лечении пневмонии у беременной нельзя применять: {

~пенициллин;
=тетрациклин;
~ампициллин;
~цефалоридин.
}

Исходом параканкротической пневмонии является: {

= не полное рассасывание воспалительных изменений;
~образование пневмоцироза;
~образование шварт;
~ восстановление нормального легочного рисунка.
}

При обследовании больных с тяжелым течением пневмонии прежде всего следует: {

~определить содержание сиаловых кислот в сыворотке крови
~определить содержание фибриногена в сыворотке крови
=провести повторное цитологическое исследование мокроты для выявления
опухолевых клеток и бронхоскопию
~определить СОЭ
}

Для пневмонии, осложнившей течение хронического бронхита не, характерно: {

~возникновение вслед за обострением бронхита;
=отсутствие локальной физикальной симптоматики;
~поражение нескольких сегментов в глубине легкого;
~склонность к затяжному течению и рецидивам.
}

При формулировке диагноза пневмонии не следует отражать: {

~нозологическую форму с указанием этиологии;
=уровень кислорода в артериальной крови;
~локализацию и распространенность легочного воспаления;
~степень тяжести.
}

К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний, угрожающих жизни относят болезни: {

~печени;
~почек;
~суставов;
=легких.
}

Препаратами выбора при эмпирической терапии больных внебольничной пневмонией являются: {

~ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлаксацин;
~стрептомицин и гентамицин;
~имипенем и меропенем;
=пенициллин и азитромицин.
}

Антибиотиками для лечения острой пневмонии вызванной пневмококком являются: {

~тетрациклины;
=пенициллины;
~фторхинолоны;
~производные аминогликозидов.
}

К группе тетрациклинов относится: {

=морфоциклин;
~цефтриаксон;
~джозамицин;
~таривид.
}

Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является: {

~мраморный рисунок кожи;
~резкая возбудимость, беспокойство;
=умеренная одышка при физической нагрузке;
~акроцианоз.
}

Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является: {

=диффузный цианоз;
~тахикардия, склонность к гипотонии;
~глубокое редкое дыхание;
~умеренная одышка при физической нагрузке.
}

Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является: {

~диффузный цианоз;
=одышка;
~набухание шейных вен;
~тахикардия.
}

Активный дренаж плевральной полости не показан при: {

~гемотораксе вследствие перелома ребер;
~рецидивирующем гемотораксе;
~эмпиеме плевры;
=нижнедолевой пневмонии.
}

Профилактикой внебольничной пневмонии является: {

~приём иммуномодуляторов;
~соблюдение режима труда и отдыха;
~избегание переохлаждений;
=предупреждение респираторных вирусных инфекций.
}

Нейротоксикоз – это сочетание: {
=инфекционного и токсического поражения ЦНС;
~токсического и механического поражения ЦНС;
~токсического и метаболического поражения ЦНС;
~инфекционного и механического поражения ЦНС.
}

Целью санаторно-курортной реабилитации реконвалесцентов после пневмонии является: {
~профилактика дистресс-синдрома;
~повышение физической активности;
=восстановление трудоспособности;
~достижение функционального восстановления респираторной системы.
}

Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить: {
~оптимальное течение репаративных процессов;
~завершение стадии неполной клинической ремиссии;
=завершение патологического процесса;
~спасение жизни больному.
}

На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений? {
~диспансерном;
=стационарном;
~поликлиническом;
~санаторном.
}

К показателю спирометрии, являющимся «Золотым Стандартом» диагностики ХОБЛ относится:{
~ЖЕЛ;
~РЕГ;
=ОФВ1/ФЖЕЛ;
~ОФВ1.
}

Общим для течения ХОБЛ у разных пациентов является:{
~одышка;
~снижение переносимости физической нагрузки ;
=прогрессирование заболевания;
~легочная гипертензия.
}

Самым распространенным фактором риска ХОБЛ является: {
~загрязнение воздуха;

~сжигание органического топлива;
=курение сигарет;
~заболевания сердечно-сосудистой системы.
}

Фактором риска развития тяжелого течения ХОБЛ является дефицит генетического фактора: {
=альфа1-антитрипсина;
~глутатионпероксидазы;
~супероксиддисмутазы;
~тромбомодулина.
}

Морфологическая картина ХОБЛ, как правило, не включает в себя: {
=эозинофилы;
~лимфоциты;
~макрофаги;
~нейтрофилы. .
}

К наиболее типичному признаку позволяющему заподозрить диагноз ХОБЛ относится: {
~непродуктивный кашель;
~пенистая мокрота;
=хроническое отхождение мокроты;
~нарастающая слабость.
}

К группе бронходилататоров, используемых в диагностическом тестировании относятся: {
~ингаляционные ГКС;
~теофилины;
~β2-агонисты длительного действия;
=β2-агонисты короткого действия.
}

К исследованию, которое необходимо добавить при мониторинговании и оценке течения ХОБЛ относится: {
=оценка легочной гемодинамики;
~исследование газов артериальной крови;
~компьютерная томография (КТ);
~гематокрит.
}

К наиболее эффективному тесту для определения толерантности к физической нагрузке относится: {
~тредмил-тест;
=проба с 6-минутной ходьбой;
~велозргометрия;
~тест предсердной стимуляции.
}

Наиболее важным фактором, влияющим на течение ХОБЛ является: {

- ~тяжесть симптомов;
 - =тяжесть ограничения скорости воздушного потока;
 - ~частота и тяжесть обострений;
 - ~наличие одного или более осложнений.
- }**

Для базисной терапии ХОБЛ не используют: {

- ~бронходилатирующие препараты;
 - =муколитики;
 - ~ингаляционные бронходилататоры длительного действия;
 - ~комбинированные бронхолитики.
- }**

Кислородотерапия – нефармакологический метод лечения, используемый в _____ стадии ХОБЛ. {

- ~1;
 - ~2;
 - ~3;
 - =4.
- }**

Основной целью кислородотерапии при ХОБЛ является: {

- ~помочь больному бросить курить;
 - ~увеличить переносимость физических нагрузок;
 - =подъем базисного уровня $P_a O_2$;
 - ~улучшение вентиляционно-перфузионных отношений.
- }**

Лечение больных с ХОБЛ в среднетяжелой и тяжелых стадиях не включает в себя препараты:{

- !тиотропия бромид;
 - !небулайзеротерапия с симпатомиметиками;
 - = β_2 -адреномиметики короткого действия;
 - !ИГКС.
- }**

К муколитическим средствам относится:{

- ~хромогликат натрия;
 - =ацетилцистеин;
 - ~сальметерол;
 - ~теофиллин.
- }**

Какой бронходилатирующий препарат является базисным при лечении больных ХОБЛ? {

- ~сальбутамол;
 - ~фенотерол;
 - =ипратропия бромид;
 - ~теопек.
- }**

Какие упражнения применяются для решения задач 1-го этапа реабилитации больных бронхиальной астмой? {

- =диафрагмальное дыхание;
- ~упражнения на расслабление;
- ~велотренировки;
- ~изометрические нагрузки.

}

Укажите наиболее характерные изменения грудной клетки при эмфиземе легких: {

- ~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;
- ~только отставание в дыхании половины грудной клетки;
- ~гиперстеническая грудная клетка;
- =увеличение переднезаднего и поперечного размеров грудной клетки, втяжения межреберных промежутков в нижнебоковых отделах с обеих сторон.

}

С какой целью используется форсированный выдох, как дополнительный прием при аускультации легких? {

- ~для отличия шума трения плевры от крепитации и хрипов;
- =для выявления скрытой бронхиальной обструкции;
- ~для отличия сухих хрипов от влажных хрипов;
- ~для отличия хрипов от крепитации или шума трения плевры.

}

Укажите основной механизм появления жесткого дыхания: {

- ~снижение эластичности легочной ткани;
- ~проведение на поверхность грудной клетки ларинго-трахеального дыхания (с изменением его тембра) при уплотнении легкого или наличии в нем полости, соединенной с бронхом;
- =сужение бронхов (спазм, вязкая мокрота);
- ~наличие небольшого очага уплотнения легочной ткани, окруженного неизменными альвеолами.

}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при эмфиземе легких? {

- =ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
- ~амфорическое дыхание;
- ~бронхиальное дыхание;
- ~жесткое дыхание.

}

Чем обусловлено появление влажных крупнопузырчатых хрипов? {

- ~вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм;
- =жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом;
- ~жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани;
- ~жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани.

}

Чем обусловлено появление сухих свистящих (дискантовых) хрипов? {

=вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм;
~жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом;
~жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности легочной ткани ;
~жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение легочной ткани.
}

У больного, находящегося трое суток на ИВЛ по поводу усугубления дыхательной недостаточности на фоне обострения хр. гнойно-обструктивного бронхита, через интубационную трубку выделяется большое количество вязкой гнойной мокроты. Лечебная тактика: {

~введение больших доз эуфиллина;
=санационная бронхоскопия;
~терапия стероидными гормонами;
~терапия муколитиками.
}

Проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью наиболее эффективно при: {

~бронхиальной астме с высоким уровнем IgE в крови;
=хроническом гнойном бронхите;
~прогрессирующей эмфиземе легких при дефиците ингибитора альфа1-антитрипсина;
~экзогенном фиброзирующем альвеолите.
}

Какой препарат нежелателен в лечении 50-летнего больного хроническим гнойно-обструктивным бронхитом в фазе обострения, эмфиземой легких, ДН 2? {

~антибиотики пенициллинового ряда;
=ингаляции трипсина;
~ацетилцистеин внутрь;
~препарат полимикробной вакцины-бронхомунал.
}

Что верно для хронического бронхита? {

=диффузное заболевание дыхательных путей;
~обратимая обструкция;
~кашель с мокротой на протяжении 1 месяца в году в течение 1года и более;
~приступы удушья.
}

Для ХОБЛ характерна эмфизема: {

~гипертрофическая;
=вторичная деструктивная, диффузная;
~острое вздутие легких;
~парасептальная.
}

Вторичная деструктивная диффузная эмфизема является проявлением: {

~бронхиальной астмы;
~хронического катарального бронхита;
=ХОБЛ;
~хронического фиброзирующего альвеолита.

}

Тиотропия бромид обладает селективностью к _____ бронхов: {

~M1-, M2-холинорецепторам;

~β1- и β2-адренорецепторам;

~β2-адренорецепторам;

=M3-холинорецепторам.

}

Атровент при ХОБЛ назначают по ___ ингаляции ___ раза в день: {

=2 ; 4;

~3 ; 2;

~1 ; 4;

~2 ; 2.

}

Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение: {

=симпатомиметиков через небулайзер;

~глюкокортикостероидов внутривенно;

~интала через спейсер;

~эуфиллина внутривенно.

}

«Золотым стандартом» диагностики и оценки ХОБЛ является: {

=спирометрия;

~бронхоскопия;

~компьютерная томография;

~пикфлоуметрия.

}

Очень быстрое повторное накопление жидкости в полости плевры является типичным признаком: {

=мезотелиомы (рака) плевры;

~хронической сердечной недостаточности;

~туберкулеза легких;

~системной красной волчанки.

}

Для лечения персистирующей бронхиальной астмы тяжелого течения применяют: {

~монотерапию антилейкотриеновыми препаратами;

=системные глюкокортикостероиды;

~курсы ингаляционных глюкокортикостероидов;

~бронходилататоры пролонгированного действия при приступах.

}

Симптоматическими препаратами в лечении бронхиальной астмы являются: {

=β2-агонисты адренорецепторов;

~антагонисты лейкотриеновых рецепторов;

~глюкокортикостероидные гормоны;

~стабилизаторы тучных клеток.

}

Диффузный пневмосклероз может развиваться у больных: {

~бронхоэктатической болезнью;

~абсцессом легких;

~тяжелой пневмонией;

=ХОБЛ.

}

При спонтанном пневмотораксе на стороне поражения грудной клетки определяется: {

=отставание при дыхании;

~притупление перкуторного звука;

~уменьшение в объеме;

~усиление голосового дрожания.

}

Бронхоэктатическая болезнь часто сочетается с: {

~хроническим тонзиллитом;

~сахарным диабетом;

=хроническим синуситом, аденоидами;

~язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

}

Тактика врача по отношению к базисной медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой средней степени тяжести при назначении физических факторов, направлена на: {

~отмену;

~увеличение дозировки;

=уменьшение дозировки при достижении положительного эффекта;

~сохранение в прежнем объеме при достижении положительного эффекта.

}

Усиление голосового дрожания отмечается при: {

~утолщении грудной стенки;

~эмфиземе легких;

=уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких;

~наличию жидкости или газа в плевральной полости.

}

Для ХОБЛ тяжелой степени (GOLD) характерно ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ₁ Ф/ОФВ₁ Д: {

=30-50;

~50- 80;

~< 30;

~> 80.

}

Лейкоцитоз может быть отражением: {

~стенокардии напряжения;

=пневмонии;

~бронхиальной астмы;

~вирусного гепатита.

}

Увеличение концентрации эозинофилов в крови является характерным при: {

- ~циррозе печени;
- =бронхиальной астме;
- ~ревматоидном артрите;
- ~стенокардии напряжения.

}

В состав базисной терапии бронхиальной астмы не входит: {

- ~бекотид;
- =теофиллин;
- ~тайлед;
- ~интал.

}

Этиопатогенетическими препаратами в лечении идиопатического легочного фиброза являются: {

- ~противовоспалительные препараты;
- ~иммуномодулирующие препараты;
- =антифибротические препараты;
- ~антибиотики широкого спектра действия.

}

Антибактериальным препаратом первой линии в лечении внутрибольничной пневмонии является: {

- ~ципрофлоксацин;
- =меропенем;
- ~кларитромицин;
- ~левофлоксацин.

}

Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются: {

- ~метилксантины;
- =ингаляционные глюкокортикостероиды;
- !М-холинолитики;
- ~b2-агонисты короткого действия.

}

Морфологической особенностью казеозной пневмонии является: {

- =выраженный казеозно-некротический компонент воспаления;
- ~преобладание продуктивного компонента воспаления;
- ~раннее формирование фиброзных изменений в легких;
- ~преобладание параспецифических тканевых реакций.

}

Синдром перекреста (OVERLAP) включает сочетание бронхиальной астмы и: {

- ~поливалентной сенсibilизации;
- ~гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- ~аллергического ринита;
- =хронической обструктивной болезни легких.

}

При атопической бронхиальной астме в общем анализе крови часто встречается: {

- ~тромбоцитоз;
- ~лимфоцитоз;
- =эозинофилия;
- ~нейтрофилез.

}

}

Критерием для госпитализации больного с пневмонией является: {

- ~выявленный лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$;
- =нестабильная гемодинамика;
- ~верхнедолевая локализация поражения;
- ~фебрильная лихорадка в течение 3 дней.

}

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии у больных до 60 лет без сопутствующих заболеваний считают: {

- ~аминогликозиды;
- ~карбапенемы;
- =ингибиторозащищённые пенициллины;
- ~тетрациклины.

}

Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является: {

- ~рассасывание пневмонической инфильтрации;
- =срок 3-4 дня после нормализации температуры;
- ~нормализация показателей периферической крови;
- ~срок 8-10 дней после нормализации температуры.

}

Ослабление голосового дрожания отмечается при: {

- ~полости в лёгком, сообщающейся с бронхом;
- =эмфиземе легких;
- ~пневмосклерозе;
- ~компрессионном ателектазе.

}

Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеет: {

- ~возрастная инволюция эластической ткани легких;
- =дефицит альфа1-антитрипсина;
- ~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;
- ~хроническое заболевание бронхолегочного аппарата.

}

Ослабленное везикулярное дыхание не выслушивается при: {

- ~интерстициальном отёке легких;
- ~гидротораксе;
- =бронхиолите;
- ~эмфиземе лёгких.

}

Рентгенологическое исследование больного с заболеванием легких необходимо начинать с органов грудной клетки: {

- ~томосинтеза;
- ~флюорографии;
- ~компьютерной томографии;
- =рентгенографии.

}

Лечение больных интермиттирующей бронхиальной астмой включает: {

- =ингаляции β_2 -агонистов короткого действия по потребности;
- ~применение бронходилататоров пролонгированного действия;
- ~ежедневное введение противовоспалительных препаратов;
- ~применение системных глюкокортикостероидов.

}

Беродуал является: {

- ~коротко действующий адреномиметиком;
- ~пролонгированным холинолитиком;
- =комбинацией адреномиметика и холинолитика;
- ~ингаляционным глюкокортикостероидом.

}

Мужчине с ХОБЛ и жалобами на затрудненное мочеиспускание нельзя назначать: {

- ~теофиллин;
- =атровент;
- ~фенотерол;
- ~сальбутамол.

}

Легочный фиброз может развиваться при приеме: {

- ~пропафенона;
- =амиодарона;
- ~хинидина гидрохлорида;
- ~лаптаконитина гидробромида.

}

Цилиндрический эпителий в значительном количестве обнаруживается в мокроте при: {

- ~бронхоэктатической болезни;
- ~крупозной пневмонии;
- =остром бронхите;
- ~туберкулезе легких.

}

Препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов являются: {

- ~пенициллины;
 - =макролиды;
 - ~защищенные пенициллины;
 - ~цефалоспорины II-III поколений.
- }**

Критерием эффективности антибактериальной терапии пневмонии является: {

- =нормализация температуры через 48-72 часа;
 - ~полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани;
 - ~нормализация температуры в утренние и дневные часы;
 - ~нормализация всех лабораторных показателей.
- }**

Наиболее эффективным приёмом при массаже грудной клетки у больного хроническим бронхитом является: {

- ~растирание;
 - =вибрация;
 - ~разминание;
 - ~поглаживание.
- }**

Наиболее ранним функциональным признаком ХОБЛ является: {

- ~ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 90%;
 - ~ЖЕЛ менее 50%;
 - ~ОФВ₁ менее 60%;
 - =ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70%.
- }**

Голосовое дрожание не будет ослаблено на стороне поражения при: {

- ~обтурационном ателектазе;
 - ~фибротораксе, швартах;
 - =компрессионном ателектазе;
 - ~гидротораксе.
- }**

Препаратами выбора при ХОБЛ лёгкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются: {

- =длительно действующие β₂-агонисты или антихолинергики;
 - ~короткодействующие β₂-агонисты «по требованию»;
 - ~теофиллины;
 - ~короткодействующие антихолинергики «по требованию».
- }**

Одним из критериев в определении уровня контроля бронхиальной астмы является: {

- ~наличие факторов риска обострений заболевания;
 - ~потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов;
 - ~наличие поливалентной сенсibilизации;
 - =потребность в препаратах неотложной помощи.
- }**

Для ХОБЛ легкой степени тяжести (GOLD) характерно $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 70\%$,
ОФВ₁ (в %): {
~50- 80;
=> 80;
~30-50;
~< 30%.
}

Основной жалобой пациента при ХОБЛ является: {
~головная боль;
~слабость;
=одышка;
~лихорадка.
}

Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеет: {
~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;
~дефицит альфа1-антитрипсина;
=деградация эластической ткани легкого;
~хроническое заболевание бронхолегочного аппарата.
}

К аускультативным признакам, характерным для бронхиальной астмы относят: {
~сухие хрипы на вдохе;
~влажные хрипы;
~крепитацию;
=сухие хрипы на выдохе.
}

Симптоматическими препаратами в лечении бронхиальной астмы являются: {
~антагонисты лейкотриеновых рецепторов;
~глюкокортикостероидные гормоны;
=β2-агонисты адренорецепторов;
~стабилизаторы тучных клеток.
}

Показанием для назначения длительной кислородотерапии при ХОБЛ является: {
= $\text{PaO}_2 \leq 55$ мм.рт.ст.;
~длительное течение заболевания;
~обострение заболевания;
~ $\text{PaO}_2 < 70$ мм.рт.ст.
}

О деструкции ткани легкого свидетельствует обнаружение в мокроте: {
~кристаллов Шарко-Лейдена;
~большого числа эритроцитов;
~большого числа лейкоцитов;
=эластических волокон.

}

Осложнением ХОБЛ не является: {

- ~легочное сердце;
- =абсцесс легкого;
- !полицитемия;
- ~дыхательная недостаточность.

}

Для лиц в пожилом возрасте характерными реакциями на физическую нагрузку являются: {

- ~средняя вработываемость, средняя продолжительность восстановительного периода после нагрузки, средний функциональный резерв;
- =медленная вработываемость, удлинение восстановительного периода после нагрузки, низкий функциональный резерв;
- ~быстрая вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв;
- ~медленная вработываемость, низкая продолжительность восстановительного периода после нагрузки, высокий функциональный резерв.

}

Морфологической особенностью казеозной пневмонии является: {

- ~преобладание параспецифических тканевых реакций;
- ~преобладание продуктивного компонента воспаления;
- ~раннее формирование фиброзных изменений в легких;
- =выраженный казеозно-некротический компонент воспаления.

}

Слизисто-кровянистая мокрота характерна для: {

- ~бронхиальной астмы;
- =бронхогенного рака легкого;
- ~бронхопневмонии;
- ~катара верхних дыхательных путей.

}

Усиленное везикулярное дыхание выслушивается при: {

- ~ранней стадии пневмонии;
- ~интерстициальном отёке легких;
- ~обтурационном ателектазе;
- =неизменной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции.

}

При подозрении на внутрибольничную пневмонию показанием к компьютерной томографии является: {

- =отсутствие изменений в легких на рентгеновских снимках у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии;
- ~выявление типичных для пневмонии изменений при рентгенологическом исследовании в прямой и боковой проекциях;
- ~наличие очевидной клинической симптоматики пневмонии длительностью более одной недели, но менее одного месяца;
- ~выявление средне-очаговой инфильтрации с нечеткими контурами в нижней доле легкого с уплотнением плевры.

}

При спонтанном пневмотораксе на стороне поражения грудной клетки аускультативно определяется: {

- ~усиление бронхофонии;
- =ослабленное дыхание;
- ~бронхиальное дыхание;
- ~шум трения плевры.

}

Кровь при легочном кровотечении выделяется: {

- =алая, пенистая;
- ~темная, со сгустками;
- ~темная, пенистая;
- ~цвета кофейной гущи.

}

Критерием для прекращения антибактериальной терапии при пневмонии является: {

- ~рассасывание пневмонической инфильтрации;
- ~нормализация показателей периферической крови;
- ~прекращение кашля;
- =стойкая нормализация температуры.

}

Лечение больных персистирующей бронхиальной астмой среднетяжелого течения включает: {

- ~частое применение системных глюкокортикостероидов;
- ~ежедневные ингаляции β_2 -агонистов короткого действия;
- ~применение бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами;
- =ежедневное введение противовоспалительных препаратов.

}

Голосовое дрожание не будет ослаблено на стороне поражения при: {

- ~обтурационном ателектазе;
- =компрессионном ателектазе;
- ~фибротораксе, швартах;
- ~гидротораксе.

}

Для астматического статуса характерно: {

- =появление участков «немного легкого»;
- ~дыхание Биота;
- ~наличие акцента II тона во втором межреберье справа;
- ~наличие систолического шума на верхушке.

}

Противопоказанием к назначению ипратропия бромида является: {

- ~язва желудка;
- =глаукома;
- ~хронический пиелонефрит;

~катаракта.

}

Наиболее важной лечебной процедурой для больных бронхоэктатической болезнью является: {

=постуральный дренаж;
~дыхательная гимнастика;
~массаж грудной клетки;
~оксигенотерапия.

}

Критерием эффективности антибактериальной терапии на 2-3 день лечения пневмонии является: {

~высокая чувствительность микрофлоры к антибиотику;
~снижение интенсивности кашля;
~снижение СОЭ;
=частота дыхательных движений менее 20 в минуту.

}

Основным методом диагностики ХОБЛ является: {

=исследование функции внешнего дыхания;
~рентгенография грудной клетки;
~бронхоскопическое исследование;
~анализ мокроты.

}

Усиленное везикулярное дыхание выслушивается при: {

~ранней стадии пневмонии;
=неизменной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции;
~интерстициальном отёке легких;
~обтурационном ателектазе.

}

Пальпация при внебольничной пневмонии может обнаружить: {

~увеличение ригидности грудной клетки;
~ослабление голосового дрожания;
=усиление голосового дрожания;
~болезненность при пальпации паравerteбральных точек.

}

Иммунологическим механизмом atopической бронхиальной астмы является: {

=аллергическая реакция немедленного типа;
~аллергическая реакция замедленного типа;
~аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
~аутоиммунный механизм.

}

В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают: {

~альвеолярные макрофаги;
~лимфоциты;
=эозинофилы;
~плазматические клетки.

}

Из перечисленных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно: {

- ~бронхоспазм;
 - ~отек стенки бронха;
 - ~острое вздутие легких;
 - =гиперсекреция.
- }**

Показанием к ингаляции кромогликата натрия является: {

- ~лечение астматического статуса;
 - ~лечение острого приступа бронхиальной астмы;
 - ~лечение острых инфекций верхних дыхательных путей;
 - =профилактика приступа бронхиальной астмы.
- }**

Для атопической бронхиальной астмы характерно: {

- =эффект элиминации;
 - ~непереносимость препаратов пиразолонового ряда;
 - ~рецидивирующий полипоз носа;
 - ~постепенное развитие приступа.
- }**

К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится: {

- ~ацетилхолин;
 - ~гистамин;
 - =лейкотриены;
 - ~серотонин.
- }**

Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является: {

- =домашняя пыль;
 - ~споры плесневых грибов;
 - ~продукты жизнедеятельности бактерий, находящиеся в воздухе;
 - ~гельминты.
- }**

Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в: {

- =связывании свободного гистамина;
 - ~высвобождении гистамина;
 - ~торможении образования гистамина;
 - ~усиленном выведении гистамина.
- }**

Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует: {

- =IgE;
 - ~IgD;
 - ~IgM;
 - ~IgG.
- }**

Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к: {

- ~аспирину и пиразолоновым производным;
- ~сульфаниламидным препаратам;
- ~препаратам фенотиазинового ряда;
- =лекарствам растительного происхождения.

}

При поллинозах развивается сопутствующая пищевая аллергия к: {

- ~молоку и молочным продуктам;
- ~мясу птицы;
- ~рыбе;
- =меду.

}

Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно: {

- ~обострение в зимнее время года;
- ~круглогодичное течение процесса;
- ~обострение при уборке квартиры;
- =обострение в весеннее-летнее время года.

}

При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена: {

- =все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются;
- ~сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года;
- ~сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода;
- ~сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу.

}

Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является: {

- ~иглорефлексотерапия;
- ~назначение антимедиаторных препаратов;
- ~назначение глюкокортикостероидов;
- =специфическая иммунотерапия.

}

Основной клеткой-мишенью, играющей ведущую роль в развитии гиперчувствительности немедленного типа, является: {

- ~макрофаг;
- ~лимфоцит;
- ~нейтрофил;
- =тучная клетка.

}

Основной клеткой, принимающей участие в развитии гиперчувствительности замедленного типа, является: {

- ~базофил;
- ~макрофаг;
- ~В-лимфоцит;
- =Т-лимфоцит.

}

Побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является: {

=кандидоз ротовой полости;

~сахарный диабет;

~артериальная гипертензия;

~остеопороз.

}

В терапии ХОБЛ среднетяжелого течения чаще всего используют: {

~антибактериальные препараты;

~отхаркивающие препараты;

=бронходилататоры;

~ингаляционные глюкокортикостероиды.

}

Для острого бронхита характерно присутствие в мокроте большого количества: {

=цилиндрического мерцательного эпителия;

~кристаллов Шарко-Лейдена;

~эластических волокон;

~спиралей Куршмана.

}

Тактика врача по отношению к базисной медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой средней степени тяжести при назначении физических факторов, направлена на: {

=уменьшение дозировки при достижении положительного эффекта;

~увеличение дозировки;

~сохранение в прежнем объеме при достижении положительного эффекта;

~отмену.

}

Одним из критериев в определении уровня контроля бронхиальной астмы является: {

~наличие поливалентной сенсibilизации;

~наличие факторов риска обострений заболевания;

=потребность в препаратах неотложной помощи;

~потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов.

}

Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является: {

~гипергликемия;

=дисфония;

~остеопороз;

~ожирение.

}

Длительность назначения системных (пероральных) глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ составляет: {

~1 год;

=10-14 дней;
~1-3 месяца;
~3 дня.
}

При аускультации легких у больных с острым бронхитом чаще всего можно выслушать: {

~крепитацию;
=сухие хрипы;
~шум трения плевры;
~влажные хрипы.
}

При абсцессе легкого в мокроте можно обнаружить: {

~эозинофилы;
~спирали Куршмана;
=пробки Дитриха;
~эластические волокна.
}

Для достижения противовоспалительного действия у больных с пневмонией затяжного течения целесообразно назначить: {

~электрофорез с эуфиллином, углекислые ванны, электросон;
~ТНЧ-терапию, магнитотерапию, физические тренировки;
=массаж грудной клетки, скипидарные ванны, низкочастотный ультразвук;
~мануальную терапию, электрическое поле УВЧ, грязелечение.
}

Рак лёгкого чаще развивается у больных с: {

~сахарным диабетом;
~язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
~бронхиальной астмой;
=хроническим неспецифическим заболеванием лёгких.
}

Обструктивный тип гиповентиляции лёгких возникает при: {

~угнетении функции дыхательного центра;
~уменьшении дыхательной поверхности лёгких;
~снижении функции дыхательных мышц;
=нарушении проходимости воздухоносных путей.
}

Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются: {

~метилксантины;
~М-холинолитики;
=ингаляционные глюкокортикостероиды;
~ β_2 -агонисты короткого действия.
}

Третий плановый визит участкового врача к больному с внебольничной пневмонией осуществляется _____ от первого визита: {

=на 7-10 сутки;
~на 3-4 сутки;
~через 24-48 часов;
~через 24 часа.
}

Для лечения персистирующей бронхиальной астмы тяжелого течения применяют: {

=системные глюкокортикостероиды;
~бронходилататоры пролонгированного действия при приступах;
~монотерапию антилейкотриеновыми препаратами;
~курсы ингаляционных глюкокортикоидов.
}

Препаратами выбора при ХОБЛ лёгкого течения с редкими обострениями и выраженными симптомами являются: {

~короткодействующие антихолинергики «по требованию»;
=длительно действующие β 2-агонисты или антихолинергики;
~короткодействующие β 2-агонисты «по требованию»;
~теофиллины.
}

Для купирования легкого приступа бронхиальной астмы предпочтительно введение: {

~интала через спейсер;
~эуфиллина внутривенно;
=симпатомиметиков через небулайзер;
~глюкокортикостероидов внутривенно.
}

Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерным перкуторным звуком является: {

~металлический;
=тупой;
~тимпанический;
~коробочный.
}

Общим клиническим признаком для эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ является: {

~хронический кашель;
~положительная реакция на бронходилататоры;
~полицитемия;
=одышка.
}

Наиболее безопасным бронхолитиком у пожилых пациентов с ИБС является: {

=атровент;
~фенотерол;
~сальбутамол;
~эуфиллин.
}

Слизисто-кровянистая мокрота характерна для: {

- ~бронхопневмонии;
 - ~бронхиальной астмы;
 - =бронхогенного рака легкого;
 - ~катара верхних дыхательных путей.
- }**

Гидроторакс характеризуется скоплением в плевральной полости: {

- ~гноя;
 - ~крови;
 - =экссудата;
 - ~лимфы.
- }**

Образование полостей деструкции в легких наиболее характерно для пневмонии, вызванной: {

- =стафилококком;
 - ~энтерококком;
 - ~хламидией;
 - ~пневмококком.
- }**

К атипичным возбудителям пневмонии относят: {

- ~Klebsiella pneumonia, Haemophilus influenza;
 - ~Streptococcus pneumoniae, Escherichia coli;
 - =Legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae;
 - ~Streptococcus viridans, Pseudomonas aeruginosa.
- }**

Для идиопатического фиброзирующего альвеолита характерно наличие: {

- ~экспираторной одышки;
 - =инспираторной одышки;
 - ~влажных хрипов;
 - ~сухих хрипов.
- }**

Основными противовоспалительными лекарственными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются: {

- =ингаляционные глюкокортикостероиды;
 - ~теофиллины;
 - ~кромогликат натрия и недокромил натрия;
 - ~антибиотики.
- }**

Прокол при плевральной пункции необходимо проводить: {

- ~на середине расстояния между ребрами;
 - ~по нижнему краю ребра;
 - ~между ребрами;
 - =по верхнему краю ребра.
- }**

К аускультативным данным при приступе бронхиальной астмы относят: {

- =сухие свистящие хрипы;
 - ~крепитацию;
 - ~шум трения плевры;
 - ~влажные разнокалиберные хрипы.
- }**

Диффузный пневмосклероз может развиваться у больных: {

- ~абсцессом легких;
 - =ХОБЛ;
 - ~бронхоэктатической болезнью;
 - ~тяжелой пневмонией.
- }**

Основное патогенетическое значение в развитии первичной эмфиземы легких имеют: {

- ~хронические болезни бронхолегочного аппарата;
 - ~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;
 - ~возрастная инволюция эластической ткани легких;
 - =дефицит альфа1-антитрипсина.
- }**

Основное патогенетическое значение в развитии инволютивной эмфиземы легких имеют: {

- ~острые болезни аппарата дыхания;
 - ~хронические болезни бронхолегочного аппарата;
 - ~функциональное перенапряжение аппарата дыхания;
 - =деградация эластической ткани легкого.
- }**

Ведущим симптомом ХОБЛ является: {

- =одышка;
 - ~приступообразный кашель;
 - ~обильная гнойная мокрота;
 - ~упорный надсадный кашель.
- }**

Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с: {

- ~интенсивностью дыхательных шумов над легкими;
 - =данными спирографии;
 - ~интенсивностью кашля;
 - ~количеством выделяемой мокроты.
- }**

Самым редким осложнением ХОБЛ является: {

- ~бронхопневмония;
 - ~дыхательная недостаточность;
 - ~легочное сердце;
 - =легочное кровотечение.
- }**

Решающую роль в возникновении ТЭЛА при ХОБЛ играет: {

~нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения;
~дыхательная недостаточность;
=полицитемия;
~степень гиперкапнии.
}

К необратимому компоненту бронхиальной обструкции относится: {
~бронхоспазм;
~воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
=облитерация просвета бронхов;
~трахеобронхиальная дискинезия.
}

Критерием для диагностики GOLD II является ОФВ1 факт./ долж. : {
~< 30%;
~> 80%;
~30-50%;
=50-80%.
}

Спирографическим критерием ХОБЛ является ОФВ1 /ФЖЕЛ: {
~> 0,7;
=< 0,7;
~< 0,5;
~> 0,5.
}

Степень обструкции бронхов при ХОБЛ определяют по соотношению: {
~ОФВ1/ПСВ;
~ФЖЕЛ/ЖЕЛ;
~ОФВ1/ФЖЕЛ;
=ОФВ1 факт./ОФВ1 долж.
}

Степень бронхиальной обструкции при ОФВ1факт./ОФВ1долж. равный 60% соответствует GOLD: {
~I;
=II;
~III;
~IV.
}

Синдром перекреста (сочетание ХОБЛ и БА) встречается _____ случаев. {
~50-60%;
~30-45%;
=15-20%;
~5-10%.
}

ХОБЛ с низким риском обострений и большим количеством симптомов относится к категории: {
~C;

=В;
~D;
~А.
}

Хроническое легочное сердце чаще всего развивается при: {

~саркоидозе;
~фиброзирующем альвеолите;
=ХОБЛ;
~ожирении.
}

При ХОБЛ в стадии ремиссии назначают: {

~электросон;
~индуктотермию;
~сульфидные ванны;
=циркулярный душ.
}

Лечение обострения ХОБЛ следует начинать с препаратов _____ линии: {

~3-ей;
~2-ой;
=1-ой;
~4-ой.
}

Больным ХОБЛ категории «D» лечение следует проводить длительно действующими антихолинергическими препаратами в сочетании с: {

~коротко действующими β_2 -агонистами;
~ингаляционными глюкокортикостероидами;
~длительно действующими β_2 -агонистами;
=ингаляционными глюкокортикостероидами и длительно действующими β_2 -агонистами.
}

Отхаркивающие средства могут вызывать:{

~разжижение мокроты;
=усиление моторной функции бронхов;
~углубление дыхания;
~учащение дыхания.
}

При гнойно-воспалительных процессах противопоказано применение:{

~УВЧ – терапии;
~микроволновой терапии;
=индуктотермии;
~электрофореза димедрола.
}

При остром трахеобронхите (на 3-й день) назначают:{

~сульфидные ванны;

=ультразвуковую терапию;
~УФ излучение;
~циркулярный душ.
}

Возникновению ХОБЛ способствует: {

=курение, воздействие промышленных поллютантов, неблагоприятных климатических факторов;
~патология опорно-двигательного аппарата (сколиоз позвоночника, болезнь Бехтерева);
~хронические заболевания верхних дыхательных путей;
~наследственная предрасположенность к заболеванию легких.
}

Повышению концентрации теофиллина в крови способствует:{

=эритромицин;
~ампициллин;
~пенициллин;
~цефазолин.
}

Основной причиной возникновения острого бронхита у пациентов общей лечебной сети является:{

~вдыхание газов и аэрозолей, раздражающих слизистую оболочку воздухоносных путей;
~переохлаждение;
=вирусно-бактериальная инфекция;
~курение.
}

Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, обычно сочетается с трахеитом (трахеобронхитом) и характеризуется: {

~умеренно выраженным признаками интоксикации;
~болями за грудиной, чувством саднения в груди;
~в начале преимущественно сухим кашлем, а затем с мокротой;
=жестким дыханием, отсутствием хрипов в легких.
}

Острый бронхит, протекающий с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов характеризуется: {

~отсутствием или незначительными признаками интоксикации;
~умеренно выраженным признаками интоксикации;
=одышкой;
~болями за грудиной, чувством саднения в груди.
}

Ведущим симптомом ХОБЛ, с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов, является:{

~сильный сухой кашель;
=кашель с мокротой;
~одышка;

~приступообразный кашель.

}

Основным симптомом ХОБЛ, протекающим с преимущественным поражением слизистой оболочки мелких бронхов, является: {

~сильный надсадный кашель;

~кашель с мокротой;

=одышка;

~сухой кашель.

}

При необструктивном хроническом бронхите в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки:{

~бронхоспазма;

=воспаления слизистой оболочки бронхов и нарушения мукоцилиарного транспорта;

~инфекционного процесса;

~бронхиальной дискинезии и экспираторного коллапса стенки мелких бронхов.

}

ХОБЛ не осложняется:{

~кровохарканием;

=легочным кровотечением;

~бронхопневмонией;

~дыхательной недостаточностью и хроническим легочным сердцем.

}

К гипертензии в малом круге кровообращения при ХОБЛ не приводит: {

~спазм мелких сосудов малого круга кровообращения, обусловленный нарушением равномерности вентиляции паренхимы легкого;

~облитерация мелких сосудов малого круга кровообращения вследствие развития пневмосклероза;

~облитерация и коллабирование сосудов малого круга кровообращения при центриацинарной эмфиземе легких и образования булл в легких;

=повышенная эластичность стенок крупных сосудов малого круга кровообращения.

}

У больных ХОБЛ решающую роль в возникновении тромбоэмболии легочной артерии играет:{

~дыхательная недостаточность и гипоксия;

~нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения;

=полицитемия и повышение свертываемости крови;

~понижение свертываемости крови.

}

Прогноз при остром бронхите, протекающем с преимущественным поражением слизистой оболочки крупных бронхов (трахеобронхит): {

=благоприятный;

~благоприятный в большинстве случаев, возможно осложнение пневмонией;

~благоприятный в большинстве случаев, имеется риск затяжного течения;

~благоприятный в большинстве случаев, возможен переход в хронический бронхит.

}

Показанием к рентгенологическому обследованию больного с острым бронхитом для исключения у него бронхопневмонии не служит: {

=нарастание тяжести бронхообструктивного синдрома;

~выявление при физикальном исследовании укороченного перкуторного звука и влажных хрипов на ограниченном участке легких;

~увеличение содержания лейкоцитов в периферической крови и СОЭ;

~сохранение лихорадки на фоне лечения в течении более, чем 3 дней .

}

Возникновение ХОБЛ у людей в возрасте 30-35 лет чаще всего обусловлено: {

~повторной вирусно-бактериальной инфекцией;

~воздействием газов и аэрозолей;

=курением;

~переохлаждением.

}

Острое раздражение слизистой оболочки бронхов характеризуется: {

~сильным сухим кашлем;

=кашлем с трудно отделяемой вязкой мокротой;

~рассеянными сухими хрипами в легких;

~кратковременностью проявления симптомов, исчезновением их после прекращения контакта с раздражителем.

}

При открытом пневмотораксе на грудную стенку накладывают: {

~давящую повязку;

~фиксирующую повязку;

=окклюзионную повязку;

~крестообразную повязку.

Хроническое раздражение слизистой оболочки бронхов (при курении и т.д.), сопровождающееся кашлем с отделением мокроты, нельзя отождествлять с хроническим бронхитом из-за: {

~монотонности симптоматики и отсутствия признаков волнообразного течения заболевания;

~отсутствия признаков нарастания (быстрого или медленного) обструкции воздухоносных путей;

=отсутствия, несмотря на многолетнее проявление, осложнений;

~исчезновения симптоматики после устранения раздражителя, проведения лечебных и профилактических мероприятий.

}

Наиболее частым инфекционным агентом, вызывающим обострение ХОБЛ, является: {

=пневмококк;

~стафилококк;

~стрептококк;

~ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов.

}

Наиболее частым инфекционным агентом, вызывающим обострение ХОБЛ, является: {
=гемофильная палочка;
~стафилококк;
~стрептококк;
~ассоциация стафилококков и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов.
}

Показанием к антибактериальной терапии при ХОБЛ является обострение заболевания, сопровождающееся: {
~усилением хрипов в легких;
~сильным кашлем и увеличением количества выделяемой мокроты;
~сильным кашлем и признаками бронхоспазма;
=признаками развития инфекционного процесса.
}

Клиническими признаками развития инфекционного осложнения ХОБЛ является: {
~интоксикация;
~гнойный характер мокроты;
~физикальная и рентгенологическая симптоматика бронхопневмонии;
=усиление кашля, увеличение количества мокроты, появление бронхоспазма.
}

Лекарственное лечение при ХОБЛ не позволяет: {
~улучшить состояние здоровья и переносимость физической нагрузки;
~снизить выраженность симптомов;
~уменьшить частоту и тяжесть обострения;
=предупредить снижение функции легких.
}

При ХОБЛ не рекомендуется: {
=длительная монотерапия ингаляционными кортикостероидами;
~длительная терапия ИГКС в сочетании с длительно действующими β_2 агонистами;
~присоединение рофлумапта к базисной терапии ИГКС и ДДБА при тяжелом течении с частыми обострениями;
~применение спиривы-респимат.
}

Диагноз обострения ХОБЛ устанавливается на основании: {
~рентгенологических данных;
~показателей ЖЕЛ и ФЖЕЛ;
=клинических проявлений жалоб пациента на одышку, кашель, продукцию мокроты;

~соотношения ОФВ1 к ФЖЕЛ.
}

Лечение обострений ХОБЛ чаще всего проводится: {
~в общесоматическом стационаре;
~в отделениях интенсивной терапии;
=амбулаторно;

~в отделении торакальной хирургии.

}

Антибиотиками, назначаемыми при обострении ХОБЛ, являются антибиотики:

{

=1 типа;

~2 типа;

~3 типа;

~4 типа.

}

При решении вопроса о прекращении антибактериальной терапии лучше ориентироваться на уровень:{

~СОЭ;

~С – реактивного белка;

=прокальцитонина;

~эозинофилии.

}

Рофлумаил- это: {

~универсальный ингибитор фосфодиэстеразы;

~селективный ингибитор фосфодиэстеразы –3;

=селективный ингибитор фосфодиэстеразы – 4;

~селективный ингибитор фосфодиэстеразы – 5.

}

К комбинированным небулайзерным бронхорасширяющим средствам относится: {

~саламол Стери-Неб;

~ипратропиум Стери-Неб;

=ипрамом Стери-Неб;

~сальбутамол Стери-Неб.

}

При подборе ингаляционного бронхоспазмолитического средства больному с ХОБЛ исследуют ОФВ1 до введения препарата и после его ингаляции через: {

~1 час;

~5 мин ;

=15 мин;

~2ч.

}

Стадию ХОБЛ определяют по показателю:{

~ЖЕЛ;

=ОФВ1/ФЖЕЛ;

~ОФВфакт/ОФВ1 должный;

~ОФВ1долж./ОФВфакт.

}

Степень тяжести бронхиальной обструкции определяет:{

~ОФВ1/ЖЕЛ;

~ОФВ1/ФЖЕЛ;
=ОФВфакт/ОФВ1 должный;
~ОФВ1/ ОФВс.
}

Степень тяжести бронхиальной обструкции при ОФВфакт/ОФВ1 должный равный 60% соответствует GOLD:{

~I;
=II;
~III;
~IV.
}

ХОБЛ с низким риском обострений, большим количеством симптомов, GOLD I-II, числом обострений <1, CAT>10 и mMRC ≥2 относится к категории: {

~A;
=B;
~C;
~D.
}

Больных ХОБЛ категории D следует лечить: {

~ингаляционными ГКС;
~длительнодействующими β2агонистами;
~длительнодействующими М-холинолитиками;
=комбинацией ингаляционными ГКС, длительнодействующими β2- агонистами и М-холинолитиками.
}

Дыхательная недостаточность по этиологии бывает: {

~гемолитическая;
~водно-электролитная;
=центрального генеза;
~вазоконстрикторная.
}

Клиническим признаком дыхательной недостаточности I степени является:{

~мраморный рисунок кожи;
~резкая возбудимость, беспокойство;
=умеренная одышка при физической нагрузке;
~нестабильная гемодинамика.
}

Признаком, наиболее характерным для дыхательной недостаточности III степени, является: {

=диффузный цианоз;
~тахикардия, склонность к гипотонии;
~глубокое редкое дыхание;
~умеренная одышка при физической нагрузке.
}

Самым ранним признаком острой дыхательной недостаточности является:
{

~диффузный цианоз;
=одышка;
~набухание шейных вен;
~тахикардия.
}

Парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (раО₂) при ДН II степени соответствует:{
~60-79 мм рт. ст.;
=40-59 мм рт. ст.;
~<40 мм рт. ст.;
~в норме.
}

Ведущим фактором риска в развитии ХОБЛ является: {
~инфекция;
=курение;
~воздействие аэрополлютантов;
~мужской пол.
}

Для профилактики инфекционных обострений ХОБЛ применяется:{
~антистафилакокковая вакцина;
=антистрептококковая вакцина;
~вакцинация от гриппа;
~иммуномодулятор.
}

Вторичная профилактика ХОБЛ направлена на:{
~улучшению вентиляционной функции лёгких;
~улучшение качества жизни;
~повышение толерантности к физической нагрузке;
=раннее выявление и предупреждение обострений.
}

К мерам профилактики легочной гипертензии относится: {
=раннее выявление и лечение заболеваний, вызывающих легочную гипертензию;
~уменьшение потребления углеводов;
~снижение индекса массы тела;
~аэробные физические нагрузки.
}

Прогноз выживаемости больных идиопатической легочной гипертензией без лечения:{
~8 лет;
~5 лет;
~10 лет;
=2-3 года.
}

Основным принципом первичной профилактики ХОБЛ является: {
~снижение индекса массы тела;

~элиминация аллергена;
=отказ от курения;
~занятия спортом.
}

Показанием для уменьшения дыхательной недостаточности у больных ХОБЛ является: {

~применение иммуномодулятора;
~ультрафиолетовое облучение;
~применение муколитика;
=ингаляция бронхолитика .
}

В программу физической реабилитации при ХОБЛ входит: {

~лыжная прогулка;
~бальнеотерапия;
=дренажная гимнастика;
~коррекция массы тела.
}

Больным ХОБЛ реабилитационные мероприятия наиболее эффективны при наличии одышки по шкале MRC _____ степени. {

~3;
~2;
=1;
~4.
}

Наиболее важным параметром оценки при легочной реабилитации является: {

=спирометрический контроль в ходе реабилитации;
~оценка физической возможности больного;
~нутритивная поддержка;
~измерение уровня состояния здоровья и влияние одышки по результатам MRC или CAT.
}

Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировка нижней группы мышц осуществляется упражнениями: {

=на беговой дорожке;
~с легкими гантелями;
~с эспандерами;
~с отяжелителями на запястьях;
}

Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировки проводятся с частотой _____ в неделю: {

~5 раз;
~4 раза;
=2-3 раза;
~1 раз.
}

Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировки проводятся
длительностью _____ мин. в зависимости от исходных физических возможностей.

{
=20-40;
~5-10;
~15;
~45.
}

Для физической реабилитации больных ХОБЛ тренировка верхней группы
мышц осуществляется упражнениями: {

~на беговой дорожке;
=с легкими гантелями;
~на велоэргометре;
~с тяжелыми гириями.
}

Для физической реабилитации больных ХОБЛ не рекомендуется упражнения:
{

~с легкими гантелями;
~на беговой дорожке;
=с подъемом тяжестей;
~на велоэргометре.
}

К числу внешних факторов риска развития ХОБЛ относят: {

~повышенную реактивность бронхов, вирусные инфекции в детском возрасте;
=профессиональные вредности;
~недостаточность альфа1 –антитрипсина и другие генетические факторы;
~активное или пассивное курение во время беременности.
}

Под влиянием ГКС увеличивается в периферической крови содержание: {

=лейкоцитов ;
~лимфоцитов;
~эозинофилов;
~эритроцитов .
}

«Спиолто Респимат» это сочетание:{

~сальбутамола и атровента;
=тиотропия и олодатерола;
~сальметерола и флутиказона;
~будесонида и сальмотерола.
}

Выделяют следующий фенотип бронхиальной астмы:{

=аллергический;
~бронхитический;
~рестриктивный;
~обструктивный.
}

Большие преимущества при неконтролируемой бронхиальной астме имеет добавление к терапии: {

~двойной дозы ингаляционного ГКС;
~сальмотерола;
=тиотропия «Респимат»;
~рофлумиласта;
}

К антихолинэргическому препарату относится: {

~формотерол;
~циклесонид;
~сальматерол;
=тиотропия бромид .
}

Гликопиррония бромид это: {

~β2 агонист длительного действия;
~глюкокортикоид длительного действия;
=антихолинэргетик длительного действия;
~теофиллин длительного действия.
}

Ипратрол Стери-Неб это комбинация: {

~фенотерола и ипратропия бромида;
=сальбутамола и ипратропия бромида;
~форматерола и будесонида;
~бекламетазона и форматерола.
}

К антилейкотриеновому препарату относится: {

~рофлуиласт;
~циклесонид;
~сальматерол;
=зафирлукаст.
}

SMART терапия при БА проводится: {

~серетидом;
=симбикортом;
~ипрамолом;
~тиатропия бромидом.
}

Лечение ГКС при бронхиальной астме во время беременности следует: {

~прекратить;
~уменьшить дозу ГКС;
~увеличить дозу ГКС;
=продолжить лечение в том же режиме.
}

При аспириновой БА с жаропонижающей целью можно использовать: {

~цитрамон;
~анальгин;
~кетопрофен;
=парацетамол.
}

Омализумаб это: {
~длительного действия β_2 - агонист;
=антагонист иммуноглобулина Е;
~антагонист иммуноглобулина А;
~антихолинергический препарат.
}

Бронходилататором, используемым в диагностическом тестировании при БА является: {

~ингаляционный ГКС;
~теофиллин;
~ β_2 агонист длительного действия;
= β_2 агонист короткого действия.
}

К необратимому процессу при БА относится: {
~бронхоспазм;
~инфильтрация слизистой;
~воспалительный отек;
=экспираторный коллапс мелких бронхов.
}

Иммунологическим механизмом атопической БА является: {
=аллергическая реакция немедленного типа;
~аллергическая реакция замедленного типа;
~аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
~аутоиммунный механизм.
}

К ингаляционным кортикостероидам относится:{
~гидрокортизон;
=беклометазон;
~преднизолон;
~полькортолон.
}

К селективным бета 2-агонистам длительного действия относится: {
=сальметерол;
~сальбутамол;
~фенотерол;
~тербуталин.
}

Для купирования приступа бронхиальной астмы применяется: {
~ипратропиум бромид;
~теопек;

~кромогликат натрия;
=сальбутамол.
}

При повышенном давлении в легочной артерии у больного с БА показан: {
~верапамил;
=нифедипин;
~дигоксин;
~кромогликат натрия.
}

При бронхиальной астме на фоне хронического бронхита показан: {
=ипратропиум бромид;
~адреналин;
~эфедрин;
~кетотифен.
}

Лечение бронхиальной астмы среднетяжелого течения следует начинать с:{
~системных глюкокортикостероидов;
=ингаляционных глюкокортикостероидов;
~хромогликата натрия;
~фенотерола.
}

Больная, страдающая БА и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом:{
~сальбутамола;
=капотена;
~сочетания беклометазона и сальбутамола;
~недостаточной дозы беклометазона.
}

Какая разновидность одышки наиболее характерна при спазмах мелких бронхов? {
~стридорозное дыхание;
=экспираторная одышка;
~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;
~дыхание Чейн-Стокса или дыхание Биота.
}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при сужении мелких бронхов? {
~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
~бронхиальное дыхание;
=жесткое дыхание;
~смешанное бронховезикулярное дыхание.
}

Какой клинический признак наиболее характерен для больных с синдромом бронхиальной обструкции? {

~нарушение вдоха;
=нарушение выдоха;
~одышка;
~акроцианоз.
}

Какой бронхорасширяющий препарат действует преимущественно на бета2-адренорецепторы легких? {

~адреналин;
~эфедрин;
~изадрин;
=сальбутамол.
}

Какой бронхорасширяющий препарат обладает пролонгированным действием? {

~сальбутамол;
~фенотерол;
=сальметерол;
~ипратропиум бромид.
}

Беродуал-это: {

~адреномиметик;
~холинолитик;
=комбинация адреномиметика и холинолитика;
~блокатор фосфодиэстеразы 4.
}

Обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции характерен для:{

~хронического обструктивного бронхита;
=бронхиальной астмы;
~обструктивной эмфиземы легких;
~ТЭЛА.
}

Что для атопической бронхиальной астмы правильно? {

~часто развивается в пожилом возрасте;
=повышен уровень IgE в крови;
~понижен уровень IgE в крови;
~характерен нейтрофилез в крови.
}

Какой препарат оказывает бронхоспастическое действие? {

=пропранолол;
~гидрокортизон;
~эфедрин;
~сальбутамол.
}

Альфа1-антитрипсин может использоваться при: {

~синдроме бронхиальной обструкции токсического генеза;

=эмфиземе легких;
~лимфогранулематозе;
~эхинококкозе легких.
}

С целью уменьшения легочной гипертензии у больного, страдающего инфекционно-зависимой бронхиальной астмой, можно использовать: {

~бисопролол;
=нифедипин;
~пропранолол;
~фуросемид.
}

Что верно для астмы физического усилия? {

~возникает во время физической нагрузки;
=возникает после нагрузки;
~развивается при вдыхании влажного воздуха;
~в режиме больного следует ограничить физическую нагрузку.
}

Какой препарат может ухудшить состояние больного с аспириновой формой бронхиальной астмы? {

~беродуал;
~теофиллин;
=теофедрин;
~хромогликат натрия.
}

Какой антиангинальный препарат следует назначить больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью? {

~пропранолол;
~метопролол;
=нифедипин;
~тринитролонг.
}

Какой препарат является основным противовоспалительным средством для лечения больных бронхиальной астмой? {

~антибиотики;
=глюкокортикоиды;
~муколитики;
~теофиллин;
}

Жизненная емкость легких (ЖЕЛ)-это: {

~максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе;
~максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе;
=максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе;
~объем воздуха, который попадает в легкие при обычном вдохе.
}

Побочным действием при пользовании ингаляционных глюкокортикоидов в обычных дозах является:{

- =кандидоз ротоглотки;
 - ~язва желудочно-кишечного тракта;
 - ~стероидный диабет;
 - ~инфекция носоглотки.
- }**

Какой аускультативный признак характерен для бронхиальной астмы? {

- ~влажные хрипы;
 - ~сухие хрипы на вдохе;
 - =сухие хрипы на выдохе;
 - ~жесткое дыхание.
- }**

Преобладающим механизмом нарушения воздушного потока при бронхиальной астме является: {

- ~гиперсекреция мокроты;
 - ~трахео-бронхиальная дискинезия бронхов;
 - ~экспираторный коллапс мелких бронхов ;
 - =бронхоспазм.
- }**

Бронхиальная астма сопровождается: {

- =нарушением равновесия α и β адренергических систем;
 - ~блокадой адренергической системы;
 - ~гипотонией холинергической системы;
 - ~высокой активностью β -адренергической системы.
- }**

Наиболее оптимальным методом введения бронхолитических средств при бронхиальной астме является:{

- ~пероральный;
 - =ингаляционный;
 - ~внутримышечный;
 - ~внутривенный.
- }**

Серетид является комбинацией следующих препаратов:{

- ~салметерола с бекламетазоном;
 - =салметерола с флутиказоном;
 - ~формотерола с флутиказоном;
 - ~формотерола с бекламетазоном.
- }**

Сальбутамол расширяет бронхи путем: {

- ~снижения тонуса блуждающего нерва;
 - ~блокирования α -адренорецепторов бронхов;
 - =селективного возбуждения β_2 -адренорецепторов;
 - ~блокирования гистамина.
- }**

Какой β_2 -агонист обладает самым пролонгированным действием? {

- ~сальбутамол;
 - ~фенотерол;
 - ~формотерол;
 - =индакатерол;
- }**

SMART- терапия бронхиальной астмы проводится: {

- ~серетидом;
 - =симбикортом;
 - ~релвар эллиптой;
 - ~спиолто респиматом;
- }**

К необратимым компонентам бронхиальной обструкции относится:{

- ~спазм бронхов;
 - ~воспалительный отек слизистой оболочки бронхов;
 - ~нарушение функции мукоциллиарного аппарата бронхов;
 - =стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.
- }**

Бронхолитиком, обладающим наибольшей продолжительностью действия является: {

- ~эуспиран;
 - ~астмопент;
 - ~беротек;
 - =сальмотерол;
- }**

Бронхоспазм при бронхиальной астме может усилить: {

- ~трава термопсиса;
 - ~бромгексин;
 - =ацетилцистеин;
 - ~мукалтин.
- }**

Бронхолитическое действие ипратропия бромида реализуется преимущественно на уровне: {

- =крупных и средних бронхов;
 - ~мелких бронхов;
 - ~бронхиол;
 - ~трахеи.
- }**

При бронхиальной обструкции, ведущим механизмом которой является отек слизистой оболочки бронхов, препаратом выбора является: {

- =эфедрин;
 - ~беротек;
 - ~сальбутамол;
 - ~атровент.
- }**

При бронхиальной астме с легким течением в период ремиссии назначают: {

- ~сульфидные ванны;
- ~подводный душ-массаж;
- =электрофорез кальция;
- ~УВЧ- терапию.

}

После ингаляции бронхоспазмолитического средства из баллончика-ингалятора следует: {

- ~резко выдохнуть;
- ~медленно выдохнуть;
- =задержать дыхание на 10 сек.;
- ~не менять обычное дыхание.

}

Для окончательной оценки эффективности действия сингуляра необходим срок: {

- ~1 неделя;
- =2-4 недели;
- ~1,5-2 месяца;
- ~1-2 дня.

}

К длительно действующим глюкокортикостероидам относится: {

- =циклосенид;
- ~дексометазон;
- ~триамцинолон;
- ~бетаметазон.

}

Укажите глюкокортикостероидный препарат, обладающий наибольшим катаболическим эффектом: {

- ~преднизолон;
- =триамцинолон;
- ~дексометазон;
- ~метилпреднизолон .

}

При ингаляционном введении бронхоспазмолитических средств баллончик ингалятор должен располагаться: {

- ~непосредственно у открытого рта больного;
- =на расстоянии 3-4см. от рта больного;
- ~на расстоянии 10-12см. от рта больного;
- ~на расстоянии 25см. от рта больного.

}

В момент распыления бронхоспазмолитического средства из баллончика ингалятора больной должен: {

- ~сделать резкий вдох;
- =сделать медленный вдох (не более 0,5-1 л в с);
- ~задержать дыхание;

~сделать резкий выдох.

}

При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма) средней тяжести в период ремиссии назначают: {

~сульфидные ванны;

~амплипульстерапию;

=ультразвуковую терапию;

~циркулярный душ.

}

При бронхиальной астме (инфекционно-аллергическая форма) средней тяжести в период обострения назначают: {

=УВЧ – терапию;

~диадинамотерапию;

~дарсонвализацию;

~индуктотермию.

}

При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы в период обострения не назначают: {

~массаж точечный;

~массаж грудной клетки (классический);

~дренирующие упражнения;

=тренировки на велоэргометре, углубляющие вдох.

}

Бронхиальной астме сопутствует: {

~гиперчувствительность β -адренергической системы;

~блокада α -адренергической системы;

~гипотония холинергической системы;

=нарушение равновесия α - и β -адренергических систем.

}

Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена: {

=бронхоспазмом;

~трахео-бронхиальной дискинезией;

~закрытием просвета бронхов;

~падением мелких бронхов на выдохе.

}

Более тяжело протекают следующие формы бронхиальной астмы: {

~атопическая астма и астма физического усилия;

=инфекционно-зависимая астма и аспириновая астма;

~аспириновая астма и астма физического усилия;

~астма физического усилия и инфекционно-зависимая астма.

}

Наиболее удачным в амбулаторных условиях методом введения бронхоспазмолитических средств, позволяющих подобрать оптимальную дозировку препарата, является: {

~парентеральный;

~пероральный;
=ингаляционный;
~сублингвальный.
}

Основными лекарственными препаратами, применяемыми при бронхиальной астме, являются: {

~ β_2 - агонисты;
~холинолитические средства;
=пероральные глюкокортикоидные гормоны;
~мембраностабилизирующие препараты.
}

Теофедрин противопоказан при бронхиальной астме: {

~атопической;
~инфекционно-зависимой;
=аспириновой;
~физического усилия.
}

Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы – это: {

~острое вздутие легких;
~генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;
~генерализованный бронхоспазм;
=генерализованная закупорка просвета мелких бронхов вязким секретом.
}

Среди холинолитиков эффективнее всего устраняет бронхоспазм, воздействуя на рецепторы бронхиального дерева, вызывает наименьшее число побочных реакций: {

~атропин;
~ипратропиум бромид;
~тиотропия бромид;
=гликопироний бромид.
}

К β_2 - агонистам короткого действия относится: {

~ипратропия бромид;
~тиотропия бромид;
=сальбутамол;
~сальметерол.
}

Ингибитор фосфодиэстеразы 4 это: {

~монтелукаст;
=рофлумаил;
~омализумаб;
~индокатерол.
}

Ингаляционные ГКС назначаются при: {

- ~ХОБЛ GOLD – I;
- ~ХОБЛ GOLD–II;
- =ХОБЛ GOLD–III;
- ~необструктивном бронхите.

}

Формотерол является: {

- ~Антихолинергическим препаратом длительного действия;
- ~ β_2 агонистом короткого действия;
- ~метилксантиновым препаратом короткого действия;
- = β_2 агонистом 12 часового действия.

}

Гликопирроний бромид входит в состав фиксированной комбинации: {

- ~Аноро-эллипта;
- =Ультибро;
- ~Спиолто;
- ~Серетида.

}

Спиолто – это фиксированная комбинация: {

- =тиотропия бромида + олодатерола;
- ~умакледиция бромида + вилантерола;
- ~гликопирроний бромида + индактерола;
- ~аклидиний+формотерола.

}

Ипрамол – это сочетание: {

- =атровента и сальбутамола;
- ~атровента и фенотерола;
- ~будесонида и атровента;
- ~тиотропия и формотерола.

}

Беродуал – это комбинация: {

- ~сальбутамола и атровента;
- =фенотерола и атровента;
- ~сальбутамола и флутиказона;
- ~сальметерола и флутиказона.

}

Индактерол обладает продолжительностью действия в течение_____ часов: {

~6;
~12;
~18;
=24.

}

Назначение глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ предпочтительно: {

~ингаляционно;
~внутримышечно;
~внутривенно;
=перорально.

}

Система доставки Ультибро называется: {

~Хандихалером;
~Респиматом;
=Бризхалером;
~Эллиптой.

}

Спиолто Респимат применяется в суточной дозе _____ мкг. {

~2,5;
=5,0;
~10,0;
~20,0.

}

Пульмикорт – это: {

~Бекламетазон дипропионат;
~Флутиказон пропионат;
~Флутиказон фураат;
=Будесонид.

}

Рофлумиласт (Даксас) назначается по _____ мкг _____ в сутки. {

~500 3 раза;
~1000 2 раза;
=500 1 раз;
~1000 1 раз.

}

К бронхорасширяющим препаратам группы производных пурина (метилксантины) пролонгированного действия относят: {

~теофиллин;

~теофедрин;
=теопэк, теодур, ретафил, дурофиллин;
~эуфиллин.
}

Серетид является комбинацией: {

~будесонида с флутиказоном;
~флутиказона с формотеролом;
~формотерола с сальметеролом;
=сальметерола с флутиказоном.
}

Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:{

~блокирования α -рецепторов бронхиального дерева;
=селективного возбуждения β_2 – адренорецепторов бронхов;
~непосредственно влияния на гладкую мускулатуру бронхов;
~снижения тонуса блуждающего нерва.
}

Наиболее достоверным признаком, отличающим I стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:{

=рефрактерность к β_2 - агонистам;
~тяжесть экспираторного удушья;
~выраженный цианоз;
~неэффективность внутривенного вливания эуфиллина .
}

Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход тяжелого обострения астмы в жизнеугрожающее является:{

~прогрессирование одышки;
~нарастание цианоза;
=«немое легкое»;
~повышение артериального давления.
}

Наиболее достоверным признаком, указывающим на переход умеренно тяжелого обострения астмы в тяжелое, является:{

~прогрессирование одышки;
~нарастание цианоза;
=невозможность произнести фразу на одном выдохе;
~тахикардия с нарушением ритма сердечных сокращений.
}

Симбикорт является комбинацией:{

=будесонида с формотеролом;
~флутиказона с формотеролом;
~формотерола с сальметеролом;
~сальметерола с флутиказоном.
}

К бронхорасширяющим препаратам группы β_2 -агонистов самого пролонгированного действия относят: {

=индакатерол;
~фенотерол;
~сальбутамол;
~формотерол.
}

Фостер является комбинацией:{

~будесонида с формотеролом;
~флутиказона с формотеролом;
=бекламетазона с формотеролом;
~сальметерола с флутиказоном.
}

При бронхиальной астме не рекомендуется: {

=монотерапия длительно действующими β_2 -агонистами;
~терапия антихолинергическими препаратами в сочетании с длительно действующими β_2 -агонистами;
~терапия антагонистами лейкотриеновых рецепторов;
~терапия ИГКС с ДДБА.
}

Селективным бета2-адреномиметиком является:{

~адреналин;
~преднизолон;
~эуфиллин;
=бертек.
}

Препаратами выбора при астматическом состоянии являются:{

~атропин;
~бета-блокаторы;
=кортикостероиды;
~бета-стимуляторы.
}

Важнейшим отличительным признаком астмы близкой к фатальной от жизнеугрожающей астмы является:{

~тахикардия;
~появление цианоза;
~«немое легкое»;
=потребность в проведении механической вентиляции легких.
}

Специфическая иммунопрофилактика бронхиальной астмы проводится для: {

~повышения толерантности к физической нагрузке;
=предупреждения обострения;
~улучшения качества жизни;
~улучшения легочной вентиляции.
}

Первичная профилактика бронхиальной астмы проводится у:{

~лиц страдающих силикозом;

~лиц с кашлевым вариантом болезни;
~больных хроническим бронхитом;
=лиц с отягощённой наследственностью.
}

К β_2 - агонистам короткого действия относится: {
~ипратропия бромид;
~тиотропия бромид;
=сальбутамол;
~сальметерол.
}

Формотерол является: {
~Антихолинергическим препаратом длительного действия;
~ β_2 агонистом короткого действия;
~метилксантиновым препаратом короткого действия;
= β_2 агонистом 12 часового действия.
}

Гликопирроний бромид входит в состав фиксированной комбинации: {
~Аноро-эллипта;
=Ультибро;
~Спиолто;
~Серетида.
}

Основной рентгенологический симптом пневмоторакса: {
~коллапс легкого;
=наличие воздуха в плевральной полости;
~смещение средостения в здоровую сторону;
~повышение прозрачности легочного рисунка.
}

Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее ____ %: {
~70;
=80;
~90;
~100.
}

Система доставки Ультибро называется: {
~Хандихалером;
~Респиматом;
=Бризхалером;
~Эллиптой.

}

Спиолто Респимат применяется в суточной дозе _____ мкг. {

~2,5;

=5,0;

~10,0;

~20,0.

}

Пульмикорт – это: {

~Бекламетазон дипропонат;

~Флутиказон пропионат;

~Флутиказон фуруат;

=Будесонид.

}

Рофлумиласт (Даксас) назначается по _____ мкг _____ в сутки. {

~500 3 раза;

~1000 2 раза;

=500 1 раз;

~1000 1 раз.

}

Контролируемой считается приступ бронхиальной астмы при числе дневных симптомов в неделю: {

~<1;

~>1;

~<2;

=Не >2.

}

Спирографическим критерием наличия выраженных симптомов является: {

~ОФВ1 факт/ОФВ1 долж >80%;

~ОФВ1 факт/ОФВ1 долж <80%;

=ОФВ1 факт/ОФВ1 долж <50%;

~ОФВ1 факт/ОФВ1 долж >50%.

}

При обострении бронхиальной астмы предпочтительно:{

~не назначать стероидные препараты;

=назначать перорально (преднизолон) во всех случаях обострения;

~назначать только иГКС;

~назначать только внутривенные ГКС.

}

При ступенчатой терапии бронхиальной астмы на 2 ступени предусмотрено назначение:{

~иГКС в средней и высокой дозе;
~системных ГКС;
=иГКС в низкой дозе;
~добавить тиотропия бромид.
}

Для SMART терапии БА можно использовать: {

~серетид;
~спиолто;
=фостер;
~беродуал.
}

В качестве дополнительной терапии назначение тиотропия бромидом одобрено при бронхиальной астме на: {

~1 и 2 ступенях;
~2-3 ступенях;
~4 ступени;
=4-5 ступени.
}

Альтернативой иГКС при лечении бронхиальной астмы на 2 ступени является: {

~ДДБА;
~ДДАХП;
=антагонисты лейкотриеновых рецепторов;
~тиотропия бромид.
}

Низкими суточными дозами будесонида для базисной терапии бронхиальной астмы у взрослых считаются: {

~100-200 мкг;
=200-400 мкг;
~300-500 мкг;
~400-500 мкг;
}

При достижении контроля над бронхиальной астмой возможно снижение дозы иГКС каждые 3 месяца примерно на: {

~15-20%;
~20-30%;
=25-50%;
~50-80%.
}

Назначение анти YgE (омализумаб) рекомендуется при: {

~астме физического усилия;
~сочетании бронхиальной астмы и ХОБЛ;
=тяжелой аллергической бронхиальной астмы, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4-5;
~астме у больных с ожирением.
}

Какая разновидность одышки наиболее характерна при экссудативном плеврите или гидротораксе?{

- ~стридорозное дыхание;
- ~экспираторная одышка;
- ~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;
- =инспираторная одышка.

}

Какой перкуторный звук появляется при сухом плеврите? {

- ~абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук;
- =ясный легочный звук;
- ~тимпанический звук;
- ~притупление с тимпаническим оттенком.

}

Чем обусловлено появление шума трения плевры?{

~наличие в альвеолах (пристеночно) небольшого количества экссудата или трансудата;

- =воспаление листков плевры ("сухой" плеврит);
- ~альвеолы полностью заполнены экссудатом или трансудатом;
- ~вязкая мокрота в крупных бронхах.

}

Геморрагический плеврит чаще всего обнаруживают при: {

- ~туберкулезе;
- ~бронхите;
- =травме грудной клетки;
- ~пневмонии.

}

Эозинофильные выпоты чаще всего обнаруживают при: {

- ~пневмонии;
- ~ТЭЛА;
- =глистной инвазии;
- ~травме грудной клетки.

}

Наиболее характерен лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате при:{

- =туберкулезе;
- ~опухоли;
- ~ревматоидном артрите;
- ~лимфолейкозе.

}

Повышение уровня амилазы в плевральной жидкости наблюдается при: {

- =панкреатите;
- ~туберкулезе;
- ~пневмонии;
- ~ревматоидном артрите.

}

Установить этиологию плеврита чаще всего помогает: {

- =исследование плеврального экссудата;
 - ~изучение гематологических показателей;
 - ~исследование мокроты;
 - ~клиническая симптоматика.
- }**

Сухой плеврит не сопровождается симптомами: {

- ~болей в груди;
 - ~сухого кашля;
 - ~потливости;
 - =акроцианоза.
- }**

Перкуторно плевральный экссудат определяется при его объеме не менее: {

- ~50 мл;
 - ~100 мл;
 - =200 мл;
 - ~500 мл.
- }**

Геморрагический плевральный экссудат наиболее редко наблюдается при: {

- ~раке легкого;
 - =туберкулезе легкого;
 - ~тромбоэмболии легочной артерии;
 - ~мезотелиоме плевры.
- }**

Очень быстрое повторное накопление жидкости в плевральной полости является типичным признаком: {

- ~хронической недостаточности кровообращения;
 - =рака легкого;
 - ~пневмонии;
 - ~системной красной волчанки.
- }**

На дому диагностирован экссудативный плеврит, этиология которого не вполне ясна. Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Ваша тактика: {

- ~проведение лечения на дому антибиотиками широкого спектра действия и кортикостероидными гормонами;
 - ~госпитализация пациента в терапевтическое отделение в порядке очередности;
 - =немедленная госпитализация пациента в пульмонологическое отделение;
 - ~амбулаторное лечение плевральными пункциями с введением антибиотиков в плевральную полость.
- }**

Какое состояние предрасполагает к развитию абсцесса легкого? {

- ~СПИД;
- ~наркомания;
- =инородное тело бронха;
- ~нейтропения при гемобластозах.

}

Какой антибиотик следует назначить 40-летнему больному абсцессом легких при неэффективности оксациллина? {

- ~пенициллин;
- =гентамицин;
- ~ампициллин;
- ~амоксиклав.

}

Какие микроорганизмы вызывают развитие абсцесса легкого? {

- ~пневмококк;
- =золотистый стафилококк;
- ~микоплазма;
- ~палочка Пфейффера.

}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при наличии гладкостенной полости, соединяющейся с бронхом (диаметром более 5 см)?{

- ~ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
- =амфорическое дыхание;
- ~бронхиальное дыхание;
- ~жесткое дыхание.

}

Острый абсцесс легкого отличается от пневмонии, протекающей с абсцедированием: {

- ~более тяжелым клиническим течением;
- ~количеством и характером отделяемой мокроты;
- =характерной этапностью течения заболевания и преобладанием при формировании гноя в легком некробиотических реакций над воспалительными;
- ~отсутствием признаков интоксикации.

}

Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем - повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз: {

- ~бронхоэктатическая болезнь;
- =острый абсцесс легкого;
- ~плеврит;
- ~обострение хронического бронхита.

}

У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Диагноз: {

~хроническая неспецифическая пневмония;
=абсцесс легкого;
~туберкулез легких;
~эмпиема плевры.
}

У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз:{

~бронхолегочная секвестрация;
~тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии;
~напряженный спонтанный пневмоторакс;
=пиопневмоторакс.
}

У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения: {

~лечебная бронхоскопия;
=дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия;
~торакотомия и санация плевральной полости;
~резекция доли, несущей полость абсцесса.
}

Лечебной тактикой больному с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх, является: {

~оперативное лечение – пневмотомия;
~пункция плевральной полости;
~оперативное лечение – торакопластика;
=консервативный метод лечения, антибиотики, детоксикация.
}

Укажите наиболее частое осложнение острого абсцесса легкого:{

=эмпиема плевры;
~флегмона грудной клетки;
~амилоидоз;
~абсцесс головного мозга.
}

У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Предпочтительным методом лечения является: {

~пункция и дренирование плевральной полости;
~торакотомия с тампонадой полости абсцесса;
~торакотомия с лобэктомией;
=пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками.
}

Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1-2 сегмента: {

~дренирование полости абсцесса;
~пульмонэктомия;
~иссечение полости абсцесса;
=лобэктомия .
}

У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз:
{

~кавернозный туберкулез;
~паразитарная киста легкого;
~бронхоэктатическая болезнь;
=хронический абсцесс легкого.
}

При рентгеноскопии легких у больного 55 лет выявлена инфильтрация средней и нижней долей правого легкого, на фоне которой отмечены множественные участки разрежения ткани с горизонтальными уровнями и тенями секвестров. Укажите заболевание, которому соответствует данная картина:{

~эмпиема плевры;
~бронхопневмония;
~абсцесс легкого;
=гангрена легкого.
}

У больного 46 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры.

Ваше лечение больному: {

~бронхоскопия с катетеризацией бронхов;
~пункция плевральной полости;
=торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого;
~торакотомия, санация полости плевры.
}

При лечении абсцедирующей пневмонии не используются: {

~санационные бронхоскопии;
~отхаркивающие средства;
~интрабронхиальное введение протеолитических ферментов;
=противовоспалительные дозы рентгенотерапии.
}

Осложнением острого абсцесса легкого не может быть:{

~прорыв абсцесса в плевральную полость;
~аспирация гноя в здоровое легкое;
~сепсис;
=образование сухой полости в легком.
}

При гангрене, поражающей одну из долей легкого, рекомендуется: {

~ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп;
~введение антибиотиков в легочную артерию;

=лобэктомия ;
~интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков.
}

При развитии пиопневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано: {

~эндобронхиальное введение протеолитических ферментов;
=дренирование плевральной полости;
~рентгенотерапия;
~введение цитостатиков;
}

Эмпиема плевры считается хронической: {

~со второй недели;
~с четвертой недели;
~с шести недель;
=с восьми недель.
}

При гангрене средней доли легкого показана: {

~консервативная операция;
~торакопластика;
=лобэктомия ;
~пульмонэктомия.
}

Какие симптомы характерны для бронхоэктатической болезни? {

~артралгии;
=кашель с гнойной мокротой;
~сухой кашель;
~кровохарканье.
}

Бронхоэктазы развиваются вследствие: {

~пневмонии;
~туберкулеза легких;
=нарушения проходимости бронхиального дерева;
~курения;
}

Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу "барабанных палочек", коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза предпочтительно: {

~бронхоскопия;
~спирометрия;
=бронхография;
~томография.
}

Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод: {

- ~дыхательной гимнастики;
 - ~внутримышечной антибиотикотерапии канамицином;
 - =лечебной бронхоскопии;
 - ~ингаляции с тетрациклином.
- }**

У больной 55 лет в нижней доле правого легкого - выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику: {

- =удаление нижней доли;
 - ~пульмонэктомия;
 - ~лечебный пневмоторакс;
 - ~отказаться от операции.
- }**

Больной 44 лет в течение года отмечает постоянный кашель. Весной и осенью находился на стационарном лечении по поводу воспаления легких. Объективно: гнойная мокрота до 0,5 литра в сутки. В правой нижней доле легкого - влажные, незвучные, крупно- и среднепузырчатые хрипы. Легкий цианоз губ, пальцы в виде «барабанных палочек». Укажите предварительный диагноз: {

- ~перибронхиальный рак;
 - =бронхоэктатическая болезнь;
 - ~туберкулезная пневмония;
 - ~хронический абсцесс легкого.
- }**

Для выявления бронхоэктазов ведущее значение имеет: {

- ~томография;
 - =бронхография;
 - ~бронхоскопия;
 - ~ультразвуковое исследование.
- }**

Заболеванием, которое может осложниться легочным кровотечением, является: {

- ~внебольничная пневмония;
 - =бронхоэктатическая болезнь;
 - ~бронхиальная астма;
 - ~поликистоз легких.
- }**

Неотложная помощь при остром легочном кровотечении: {

- =избегать резких движений, запретить больному говорить, дицинон;
 - ~дыхательные analeптики, интубация трахеи и ИВЛ;
 - ~холод на грудную клетку, сердечные гликозиды;
 - ~экстренная госпитализация в реанимационное отделение.
- }**

При легочном кровотечении для снижения давления в малом круге кровообращения на догоспитальном этапе используют:{

- =эуфиллин;
 - ~преднизалон;
 - ~атропин;
 - ~коргликон.
- }

Правильное положение больного с легочным кровотечением при транспортировке:{

- ~горизонтальное;
 - =сидячее;
 - ~на боку;
 - ~с приподнятыми нижними конечностями.
- }

Саркоидоз относится к: {

- ~специфическим заболеваниям лёгких;
 - ~онкологическим болезням;
 - =патологии иммунной системы и системы крови;
 - ~паразитарным заболеваниям.
- }

Поражение внутригрудных лимфатических узлов и легких на рентгенограмме органов грудной клетки соответствует: {

- =II стадии саркоидоза;
 - ~I стадии саркоидоза;
 - ~III стадии саркоидоза;
 - ~IV стадии саркоидоза.
- }

Гистологическим признаком саркоидоза является наличие: {

- ~нейтрофильной инфильтрации;
 - ~участков казеозного некроза;
 - = эпителиоидноклеточной гранулемы;
 - ~атипичных малодифференцированных клеток.
- }

Синдром Лефгрена включает в себя: {

- =узловатую эритему, лихорадку, суставной синдром и увеличение внутригрудных лимфатических узлов;
 - ~лихорадку, увеличение околоушных слюнных желез, увеит;
 - ~паралич Белла, ознобленную волчанку и снижение ЖЕЛ;
 - ~иридоциклит, лихорадку и гиперкальцемию.
- }

Среди перечисленных симптомов наиболее часто при саркоидозе встречаются:
{

- ~частые позывы к мочеиспусканию;
- =слабость и утомляемость без видимых причин;
- ~головокружение, гипотония, подташнивание;
- ~высокое артериальное давление, головные боли.

}

Внезапная смерть при саркоидозе чаще всего бывает вызвана поражением:{

=сердечно-сосудистой системы;

~лицевого нерва;

~легких и внутригрудных лимфатических узлов;

~кожи и подкожной клетчатки.

}

Параметрами функционального состояния легких, наиболее информативными при динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом, являются:{

~средняя скорость середины выдоха (СОС 25-75) и максимальная вентиляция легких (МВЛ);

=жизненная емкость легких (ЖЕЛ, ФЖЕЛ) и диффузионная способность легких (DLco);

~сатурация крови (SaO₂) и уровень NO в выдыхаемом воздухе;

~индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) и пиковая объемная скорость выдоха (ПОС).

}

Лабораторными исследованиями периферической крови и сыворотки крови, информативными при оценке активности саркоидоза, являются:{

~эозинофилы, базофилы, уровень щелочной фосфатазы;

~эритроциты, гемоглобин, гамма-глутамил-трансфераза;

~базофилы, калий, натрий, медь;

=кальций, ангиотензин-превращающий фермент.

}

Наиболее характерным поражением глаз при саркоидозе является: {

~некорригируемый астигматизм;

=задний и передний увеит;

~прогрессирующая катаракта;

~открытоугольная глаукома.

}

Наиболее характерным поражением опорно-двигательного аппарата при саркоидозе является: {

=кистозные и литические поражения малых костей рук и ног;

~анкилозирующие процессы в локтевых суставах;

~поражения крупных трубчатых костей;

~деструкция костей черепа.

}

Наиболее информативным методом при выявлении саркоидоза сердца является: {

~ЭКГ и тонометрия;

=МРТ, ПЭТ и радиоизотопные исследования;

~определение тропонинов и фонокардиография;

~РКТ, УЗИ и мониторинг артериального давления.

}

Больному с бессимптомной первой стадией саркоидоза: {

- ~рекомендована госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом;
 - ~рекомендована альтернативная терапия цитостатиками;
 - ~показаны эфферентные методы терапии;
 - =показано наблюдение без лечения.
- }

Препаратами первой линии в терапии больных с прогрессирующим течением саркоидоза являются: {

- =оральные системные глюкокортикостероиды;
 - ~респираторные фторхинолоны;
 - ~хлорохин и бифосфонаты;
 - ~витамин Е и тиосульфат натрия.
- }

Лечение преднизолоном или его аналогами при саркоидозе следует проводить: {

- =в течении 9-12 месяцев;
 - ~не более 3-4 месяцев или по достижению первого эффекта;
 - ~по 2-4 недели с перерывами по 3-4 недели;
 - ~не менее трёх месяцев под прикрытием двух противотуберкулёзных препаратов .
- }

Доказанным этиологическим фактором развития идиопатического легочного фиброза является: {

- ~аллергические процессы;
 - ~токсины;
 - ~аутоиммунный фактор;
 - =этиология не установлена.
- }

Наиболее характерным аускультативным признаком при идиопатическом легочном фиброзе является: {

- ~сухие рассеянные хрипы;
 - ~шум трения плевры;
 - =крепитация на высоте вдоха, напоминающая треск целлофана;
 - ~влажные мелкопузырчатые хрипы.
- }

Наиболее значимым диагностическим критерием при идиопатическом легочном фиброзе является: {

- ~длительный субфебрилитет;
 - =прогрессирующая одышка;
 - ~кровохарканье;
 - ~длительность заболевания.
- }

Какие рентгенологические данные характерны для идиопатического легочного фиброза: {

- ~утолщение междолевой плевры;
- ~деформация купола диафрагмы с ограничением ее подвижности;
- ~инфильтрация различного размера с неоднородной внутренней структурой, размытым наружным контуром;
- =округлые кистозные просветления, «сотовое легкое»;

~усиление легочного рисунка в прикорневых и базальных отделах лёгких.
}

К большим диагностическим критериям идиопатического легочного фиброза не относят (ATS/ERS, 2000): {

~исключение других интерстициальных заболеваний легких, вызванных известными причинами;
~изменение функции внешнего дыхания, включающее рестриктивные изменения и нарушения газообмена;
=инспираторная крепитация в базальных отделах лёгких;
~двусторонние ретикулярные изменения в базальных отделах легких с минимальными изменениями по типу «матового стекла».
}

«Золотым» стандартом диагностики идиопатического легочного фиброза является: {

~рентгенография;
~спирография;
~сцинтиграфия легких;
=исследование биоптата лёгких.
}

Терапия идиопатического легочного фиброза проводится: {

~нестероидными противовоспалительными препаратами;
~антибактериальными препаратами;
=глюкокортикостероидами;
~противогрибковыми средствами.
}

К антифиброзным препаратам, применяемым в лечении идиопатического легочного фиброза относится: {

=нинтеданиб;
~аллопростенол;
~вазопростан;
~целебрекс.
}

Наиболее эффективным методом терапии идиопатического легочного фиброза является: {

~применение цитостатиков;
~применение антиоксидантов;
~применение ингибиторов фактора некроза опухоли;
=трансплантация лёгких.
}

Профилактикой профессиональных интерстициальных заболеваний лёгких является: {

~ЛФК;
~соблюдение режима труда и отдыха;
=использование противопылевых респираторов;
~соблюдение гипоаллергенной диеты.
}

Прогноз выживаемости больных идиопатическим фиброзирующим альвеолитом составляет: {

- =2,9 лет;
 - ~5 лет;
 - ~10 лет;
 - ~20 лет.
- }

Наиболее характерными изменениями грудной клетки при закрытом пневмотораксе являются: {

- ~уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании;
 - =отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;
 - ~только отставание в дыхании половины грудной клетки;
 - ~гиперстеническая грудная клетка.
- }

Наиболее характерными изменениями грудной клетки при обтурационном ателектазе являются: {

- =уменьшение половины грудной клетки, ее западение и отставание в дыхании;
 - ~отставание в дыхании, увеличение половины грудной клетки и сглаживание межреберных промежутков;
 - ~только отставание в дыхании половины грудной клетки;
 - ~гиперстеническая грудная клетка.
- }

Какая разновидность одышки наиболее характерна при наличии препятствий в верхних дыхательных путях? {

- =стридорозное дыхание;
 - ~экспираторная одышка;
 - ~дыхание Куссмауля или дыхание Чейн-Стокса;
 - ~инспираторная одышка.
- }

Какой перкуторный звук появляется при гидротораксе? {

- =абсолютно тупой (бедренный) или притупленный звук;
 - ~ясный легочный звук;
 - ~тимпанический звук;
 - ~притупление с тимпаническим оттенком .
- }

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при закрытом пневмотораксе? {

- =ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
 - ~амфорическое дыхание;
 - ~бронхиальное дыхание;
 - ~жесткое дыхание.
- }

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при обтурационном ателектазе? {

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
~амфорическое дыхание;
~бронхиальное дыхание;
~жесткое дыхание.
}

Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при гидротораксе: {

=ослабленное или ослабленное везикулярное дыхание;
~амфорическое дыхание;
~бронхиальное дыхание;
~жесткое дыхание.
}

Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с: {

~трахеостомии;
=пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости;
~блокады межреберных нервов;
~обездвижения грудной клетки.
}

Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V-VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации - ослабление дыхания справа. При перкуссии - тимпанит. Состояние больного - относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз: {

~перелом V-VII ребер справа;
~контузия правого легкого;
=перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс;
~гематома грудной стенки в области V-VII ребер.
}

Для напряженного пневмоторакса не характерно: {

~сдавление пораженного легкого;
~уменьшение венозного притока к сердцу;
=смещение средостения в пораженную сторону;
~повышение давления на пораженной стороне.
}

Смещение сердца и средостения в сторону здорового легкого наблюдается при: {

~ателектазе легких;
=клапанном пневмотораксе;
~закрытом пневмотораксе;
~экссудативном плеврите.
}

Укажите последовательность неотложной помощи при напряженном пневмотораксе на догоспитальном этапе: {

~окклюзионная повязка, обезболивание, госпитализация;

~обезболивание, симптоматическое лечение, госпитализация;
=обезболивание, плевральная пункция, госпитализация;
~обезболивание, иммобилизация, госпитализация.
}

Кровохарканье наблюдается при: {

~бронхиальной астме;
~бронхоэктатической болезни;
=раке легкого;
~эмфиземе легких.
}

При легочном кровотечении откашливаемая кровь:{

=появляется при покашливании;
~темная;
~алого цвета, пенистая;
~имеет кислую реакцию.
}

В зависимости от объема суточной кровопотери выделяют легочное кровотечение: {

=небольшое;
~умеренное;
~значительное;
~массивное.
}

Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Болеет в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз: {

=доброкачественная опухоль (аденома);
~рак;
~бронхостеноз;
~дивертикул бронха.
}

При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз: {

~бронхоэктатическая болезнь;
~бронхогенный рак;
=бронхогенная киста;
~хронический медиастинит.
}

У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Для верификации диагноза необходимо: {

=чрескожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ;

- ~бронхография;
- ~бронхоскопия с биопсией;
- ~динамическое наблюдение с контролем через два месяца.

}

Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре - состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Пульс - 120 уд./мин, АД - 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2-2,5 см. Ваш предварительный диагноз: {

- ~хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены;
- =рак легкого с метастазами;
- ~хроническая пневмония;
- ~туберкулез легких.

}

Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является: {

- ~рентгенологическое исследование легких;
- ~томография легких;
- ~компьютерная томография;
- =бронхоскопия и биопсия.

}

Ранним признаком центрального рака легкого при рентгенологическом исследовании является: {

- ~признаки гиповентиляции сегментов или долей;
- =наличие инфильтративных тканей в области корня легкого;
- ~локальная эмфизема сегментов или долей легкого;
- ~деформация бифуркации трахеи.

}

Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для: {

- ~центрального рака нижней доли легкого;
- ~центрального рака средней доли легкого;
- =периферического рака верхней доли легкого;
- ~периферического рака средней доли легкого.

}

У больного 35 лет с центральным раком легкого определяются осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии - дыхательная функция компенсирована. Ваши рекомендации: {

- =симптоматическое лечение;
- ~лобэктомия;
- ~пульмонэктомия;
- ~рентгенотерапия.

}

Основными ранними симптомами центрального эндобронхиального рака легких являются: {

- ~раковый пневмонит;

~ателектаз участка легкого;
~одышка и боли при дыхании;
=надсадный кашель и кровохарканье.
}

При выявлении круглой тени на рентгенограмме легких не показана:{

~томография;
~проба Пирке и Манту;
~фибробронхоскопия с биопсией;
=пневмомедиастинография.
}

Основным рентгенологическим признаком центрального рака легкого является: {

~наличие округлой тени в легком;
~наличие "дорожки" к корню легкого;
=ателектаз;
~высокое стояние диафрагмы.
}

Рак Пэнкоста - это: {

~центральный рак средней доли;
~периферический рак нижней доли;
~центральный рак верхней доли;
=периферический рак верхушки легкого.
}

Основным методом лечения рака легкого является: {

~химиотерапия;
~гормонотерапия;
=хирургический;
~санационная бронхоскопия
}

Исследование мокроты на атипичные клетки целесообразно проводить: {

~один раз в сутки;
~еженедельно;
=пять-шесть дней подряд;
~два раза в сутки.
}

Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:{

~сегментарный ателектаз;
~бугристый узел с "дорожкой" к корню легкого;
~узурация ребер;
=тонкостенная многокамерная полость.
}

При раке главного бронха показана: {

=пульмонэктомия;
~сегментэктомия;

~химиотерапия;
~лучевая терапия без операции.
}

При раке легкого T3 N0 M0 у больного 45 лет показано: {

~лечение цитостатиками;
~комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение;
~лучевая терапия;
=хирургическое лечение;
}

Приоритетным направлением первичной профилактики рака легкого является:{

=отказ от курения;
~курение сигарет с низким содержанием смол;
~использование респиратора;
~устранение контакта с канцерогенными веществами;
}

Раздел: Болезни ССС

Принципом подбора препарата при ГБ является:{

~учет стадии ГБ и степени повышения АД;
~ступенчатый подбор назначения монотерапии во всех случаях ГБ;
~острые лекарственные пробы;
=учет клинических ситуаций в пользу применения препарата, относительные и абсолютные противопоказания.
}

У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение: {

~дилтиазема;
=атенолола;
~эналаприла малеата;
~моксонидина.
}

К антагонисту кальция относится:{

=амлодипин;
~гипотиазид;
~небиволол;
~моксонидин.
}

К гипотензивному средству центрального действия относится:{

=моксонидин;
~дилтиазем;
~амлодипин;
~индапамид.
}

Для лечения АГ не используют _____ диуретик:{

~тиазидный;

~петлевой;
~калийсберегающий;
=осмотический.
}

Ингибиторы АПФ блокируют:{

~рецепторы ангиотензина II;
=превращение ангиотензина I в ангиотензин II;
~превращение ангиотензина II в ангиотензин I;
~выработку ренина.
}

Специфическим побочным действием ингибиторов АПФ является:{

~покраснение лица;
~сердцебиение;
=сухой кашель;
~кожная сыпь.
}

К α -адреноблокатору относится: {

~небиволол;
~млодипин;
=празозин;
~верапамил.
}

К препарату первой линии при лечении АГ относится:{

=тельмисартан;
~доксазозин;
~алискирен;
~моксонидин.
}

При изолированной систолической АГ показан:{

~бета-адреноблокатор;
~альфа-адреноблокатор;
=антагонисты кальция дигидропиридинового ряда;
~ингибиторы АПФ.
}

К метаболически нейтральному препарату относится:{

=азилсартана медоксомил;
~бисопролол;
~гипотиазид;
~допегит.
}

Препаратом выбора при АГ у беременных является:{

~атенолол;
~периндоприл;
~гипотиазид;
=допегит;

}

Бета-адреноблокатор показан при:{

- =тахиаритмии;
 - ~облитерирующем эндоартериите;
 - ~изолированной систолической АГ;
 - ~дислипидемии.
- }

К фактору риска ГБ относится:{

- ~сахарный диабет;
 - =избыточное потребление соли;
 - ~курение;
 - ~высокая физическая активность.
- }

Микроальбуминурией считается:{

- =выделение белка с мочой до 300 мг/сут;
 - ~выделение белка с мочой более 300 мг/сут;
 - ~обнаружение белка при рутинном исследовании мочи;
 - ~выделение белка с мочой до 20 мг/сут.
- }

К АКС относится:{

- =коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ;
 - ~дислипидемия;
 - ~атеросклероз аорты;
 - ~сахарный диабет.
- }

По Европейской модели SCORE оценивается риск смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом в течение ближайших:{

- =10 лет;
 - ~5 лет;
 - ~15 лет;
 - ~20 лет.
- }

Конечным итогом мембранных нарушений при ГБ является перегрузка клеток:{

- ~K⁺;
 - =Ca⁺⁺;
 - ~Mg⁺;
 - ~K⁺ и Mg⁺.
- }

Следствием перегрузки клеток ионами кальция у больных ГБ является:{

- =усиление сократительной способности гладкомышечных клеток артериол;
 - ~ослабление работы сердца;
 - ~подавление симпатической активности;
 - ~потеря натрия организмом.
- }

Гуморальным прессорным агентом является:{

~оксид азота;
=ангиотензин II;
~брадикинин;
~барорецепторы дуги аорты.
}

К прессорным агентам относят:{

=стресс;
~почечную экскрецию ионов Na;
~активность калликреин-кининовой системы;
~высокую физическую активность.
}

К депрессорным агентам относят:{

~альдестерон;
=барорецепторы аорты и крупных артерий;
~эндотелин-1;
~инсулин.
}

Основным критерием метаболического синдрома является:{

=абдоминальное ожирение;
~АД >140/90мм рт.ст.;
~ХСЛНП >3 ммоль/л;
~ХСЛВП >1ммоль/л.
}

Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:{

~хирургическая реваскуляризация миокарда;
~сахарный диабет;
~гипертоническая ретинопатия;
=микроальбуминурия.
}

Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:{

~скорость распространения пульсовой волны (сонная – бедренная артерия)<12 м/с.;
~толщина комплекса интима-медиа в сонной артерии <0,9 мм;
=ЭКГ критерий (индекс Соколова-Лайона >35мм);
~лодыжечно - плечевой индекс >0,9.
}

Нормальным является АД _____ мм рт. ст. {

~130/80;
~<120/80;
=120- 129/80-84;
~135/80.
}

**Критерием АГ 1-ой степени для лиц старше 18 лет является АД _____мм
рт. ст. {**

~160/90;
=140/90;
~130/85;
~120/80.
}

Очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них наблюдается у пациента с АГ в случае, если имеется:{

~поражение органа мишени;
=ассоциированное клиническое состояние;
~фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний;
~сахарный диабет.
}

Критерием гипертонической болезни II стадии является наличие у пациента:{

~факторов риска;
=изменений со стороны одного или нескольких органов мишеней;
~ассоциированных клинических состояний;
~ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м².
}

β-адреноблокаторы нецелесообразно сочетать с:{

~амлодипином;
=верапамилом;
~каптоприлом;
~аспирином.
}

Препаратом, с которого следует начать лечение пациента 42 лет с артериальной гипертонией I степени и ожирением III степени, является:{

=периндоприл;
~бисопролол;
~гипотиазид;
~атенолол.
}

Целесообразными для начала терапии пациенту 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия II ФК) и артериальной гипертонией II степени, являются:{

~тиазиды;
~ингибиторы АПФ;
=антагонисты кальция + ингибиторы АПФ;
~сартаны.
}

Больная, страдающая бронхиальной астмой и ГБ, жалуется на появление сухого кашля. Она принимает беклометазон, капотен ежедневно и сальбутамол при затрудненном дыхании 1-2 раза в неделю. Вероятнее всего, появление кашля связано с приемом: {

~беклометазона;
~сальбутамола;
=капотена;
~беклометазона и сальбутамола.

}

При наличии брадикардии у больных с артериальной гипертензией показан:{

~обзидан;

~верапамил;

=норваск;

~атенолол.

}

Артериальная гипертензия может быть заподозрена по следующим клиническим признакам и проявлениям:{

~кратковременные эпизоды потери сознания;

~нарушения сердечного ритма и проводимости;

~наличие периферических отеков;

=боль в теменной и затылочной областях;

~нарушение ритма дыхания.

}

У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается ниже 180/100 мм рт.ст. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какая стадия заболевания?{

~I;

=II;

~III;

~IV.

}

У больного сахарный диабет второго типа 3 года. Около года регистрируются цифры АД выше 200/120 мм рт. ст., гипотензивный эффект антигипертензивных препаратов низкий. Уровень альбумина в моче 500 мг/сутки. Причины гипертензии?{

~хронический гломерулонефрит;

~хронический пиелонефрит;

=синдром Киммелстила-Вильсона;

~эссенциальная гипертензия.

}

Фактор риска развития гипертонической болезни:{

~атеросклероз;

~сахарный диабет;

=отягощенная наследственность;

~высокая физическая активность.

}

Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:{

~хирургическая реваскуляризация миокарда;

~сахарный диабет;

~гипертоническая ретинопатия;

=гипертрофия левого желудочка.

}

Критерием поражения органов мишеней при ГБ является:{

~скорость распространения пульсовой волны (сонная – бедренная артерия) < 12 м/с.;

~толщина комплекса интима-медиа в сонной артерии < 0,9 мм;

=ЭКГ критерий (индекс Соколова-Лайона > 35 мм);

~лодыжечно - плечевой индекс > 0,9.

}

Амлодипин при гипертонической болезни рациональнее сочетать с:

~моксонидином;

~верапамиллом;

=лизиноприлом;

~гипотиазидом.

}

Больному с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение: {

~лозартана;

~дилтиазема;

~эналаприла малеата;

=атенолола.

Пациенту с АГ первой степенью и стенокардией напряжения III ФК лечение следует начать с: {

=бисопролола;

~тельмисартана;

~амлодипина;

~периндоприла.

}

Больному с сахарным диабетом и гипертонической болезнью лечение следует начать с: {

~антагониста кальция;

~диуретика;

=ингибитора АПФ;

~альфа-адреноблокатора.

}

К препарату первой линии при лечении АГ относится: {

~агонист имидазолиновых рецепторов;

~альфа-адреноблокатор;

~прямой ингибитор ренина;

=сартан.

}

При изолированной систолической АГ показаны: {

~ингибиторы АПФ;

~бета-адреноблокаторы;

=тиазидные диуретики;

~агонисты имидазолиновых рецепторов.

}

К метаболически нейтральным гипотензивным препаратам относятся: {

~тиазидные диуретики;
=антагонисты кальция;
~бета-адреноблокаторы;
~препараты раувольфия.
}

При лечении АГ у беременных показан: {

=допегит;
~азилсатана медоксомил;
~алискерен;
~празозин.
}

Для категории больных с церебро-васкулярной патологией рекомендуется достижение целевых уровней САД (мм рт.ст.) до: {

~120-130;
~130-140;
=140-150;
~110-120.
}

Нижней границей снижения АД (мм рт.ст.) для пациентов с АГ является: {

~120/80;
~110/70;
~100/70;
=120/70.
}

Для категории больных с сахарным диабетом ≥ 65 лет рекомендуется целевой уровень АД (мм рт. ст.): {

~<130/75;
=<140/80;
~140/90;
~<140/90.
}

Основным препаратом наиболее эффективным в лечении объем-зависимой формы гипертонической болезни является: {

~бисопролол;
=гипотиазид ;
~амлодипин;
~лизиноприл.
}

К бета-адреноблокатору относится: {

=метопролол;
~индапамид;
~периндоприл;
~исрадипин.
}

У больного с нестабильным сахарным диабетом и гипертонической болезнью нежелательно применение: {

- ~дилтиазема;
 - =бисопролола;
 - ~телмисартана;
 - ~моксонидина.
- }

Препаратом выбора при АГ у беременных является: {

- ~лозартан;
 - ~периндоприл;
 - ~рамиприл;
 - =допегит.
- }

К неуправляемым факторам риска ГБ относится: {

- ~шум;
 - ~психосоциальный фактор;
 - ~жесткость воды;
 - =наследственная отягощенность.
- }

У пациентов с АГ со средним и высоким сердечно-сосудистым риском целевым значением холестерина ЛПНП является: {

- ~< 4 ммоль/л;
 - =< 3,0 ммоль/л;
 - ~< 2 ммоль/л;
 - ~< 1,8 ммоль/л.
- }

У пациентов с АГ при наличии клинически манифестной ИБС целевым значением холестерина ЛПНП является _____ ммоль/л: {

- ~< 4;
 - ~< 3,0;
 - =< 1,8;
 - ~< 2.
- }

Фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является: {

- ~ИМТ ≥ 35 ;
 - =ИМТ ≥ 30 ;
 - ~ИМТ ≥ 40 ;
 - ~ИМТ ≥ 25 .
- }

К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится снижение суточного потребления поваренной соли до: {

- ~6 г;
 - ~3 г;
 - =<5 г;
 - ~4 г.
- }

К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится достижение ИМТ $\leq$: {

- ~30 кг/м²;
 - =25 кг/м²;
 - ~40 кг/м²;
 - ~45 кг/м².
- }

К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится увеличение физических нагрузок до 5-7 раз в неделю по _____ минут. {

- ~45;
 - =30;
 - ~60;
 - ~40.
- }

К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится снижение потребления алкогольных напитков для мужчин до менее _____ стандартных напитков в неделю: {

- ~7;
 - = 14;
 - ~10;
 - ~12.
- }

К мероприятиям по изменению образа жизни при ГБ относится суточное потребление фруктов и овощей до: {

- ~200 г;
 - ~500 г;
 - ~300 г;
 - =400 г.
- }

К факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний, угрожающих жизни относят болезни: {

- ~почек ;
 - =сердца;
 - ~суставов;
 - ~печени.
- }

К фактору риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний относится: {

- ~высокая физическая активность;
 - =курение;
 - ~протеинурия;
 - ~снижение уровня фибриногена.
- }

Наиболее частой причиной первичной гиперлипидемии является: {

- ~потребление алкоголя;

~ожирение;
=семейная гиперхолестеринемия;
~гипотиреоз.
}

Продуктом, приводящим к повышению содержания триглицеридов в крови, является: {

~рыба;
=кондитерские изделия;
~хлеб грубого помола;
~овощи.
}

К ПОМ относится: {

=гипертрофия левого желудочка;
~сахарный диабет;
~гипертоническая ретинопатия;
~ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м².
}

К ассоциированному клиническому состоянию относится: {

~ХБП с СКФ > 30 мл/мин/1,73 м²;
~сахарный диабет;
~дислипидемия;
=инфаркт миокарда.
}

Ведущую роль в снижении избыточной массы тела играет: {

~соблюдение культуры питания;
~повышение физической активности;
=снижение калорийности пищи;
~соблюдение водного режима.
}

К α -адреноблокатору относится: {

~амлодипин;
~небиволол;
=доксазозин;
~верапамил.
}

К неселективному β -адреноблокатору относится: {

~атенолол;
~метопролол;
~бисопролол;
=пропранолол.
}

Атерогенную липидемию вызывает: {

=пропранолол;
~телмисартан;
~фелодипин;

~празозин.

}

Клиническим признаком неспецифического аортоартериита является: {

~возраст (старше 40 лет) в момент начала заболевания;

~мужской пол;

~систолический шум над аортой;

=отсутствие пульсации на одной из лучевых артерий.

}

Причиной неспецифического аортоартериита является: {

=хронический васкулит;

~атеросклероз;

~кальциноз;

~врожденный стеноз аорты.

}

Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является: {

~увеличение АД на нижних конечностях;

~гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;

~брадикардия высоких граций;

=гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты.

}

Кардинальным симптомом, позволяющим диагностировать коарктацию аорты является: {

=разница АД на верхних и нижних конечностях;

~систолический шум на основании сердца и со спины;

~слабость в нижних конечностях;

~боли и судороги в мышцах ног.

}

Диагноз коарктации аорты подтверждается при: {

=проведении ЭхоКГ;

~выслушивании систолического шума на основании сердца и со спины;

~головных болях и носовых кровотечениях;

~разнице АД на верхних и нижних конечностях.

}

Визуализировать место коарктации аорты позволяют более точно: {

=МСКТ;

~УЗИ;

~рентгенография органов грудной клетки;

~флюорография органов грудной клетки.

}

У женщины 32 лет боли в сердце, сердцебиения, тахикардия до 130.

Диагностирована НЦД по гипертоническому типу. Максимальное АД 160/80 мм рт. ст.. Исследование гормонов не проводилось. Возможная причина нарушений функции сердечно-сосудистой системы: {

~миокардит;

- ~феохромоцитома;
- =гипертиреоз;
- ~кортикостерома надпочечников.
- }

У пациента 18 лет с девятилетнего возраста АГ с привычными цифрами 160/100 мм рт.ст. Аускультативных признаков стеноза почечной артерии нет. При ренорадиографии резкое удлинение секреторной фазы правой почкой. Какова причина гипертензии? {

- ~гипертоническая болезнь
- ~атеросклеротический стеноз почечной артерии
- ~тромбоз почечной артерии
- =фиброваскулярная дисплазия почечной артерии
- }

У пациента 22 лет изолированная систолическая гипертензия с максимумом АД 200/80 мм рт.ст. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялась. На флюорографии грудной клетки изменения по типу узурации ребер. Какова причина гипертензии? {

- ~гипертоническая болезнь;
- ~стеноз сонной артерии;
- ~гипертиреоз;
- =коарктация аорты.
- }

Пациент по поводу артериальной гипертензии систоло-диастолического типа обследовался в стационаре. Обнаружены гиперкальциемия, кальциурия, конкременты в обеих почечных лоханках. Исследование гормонов не проводилось. Какова причина гипертензии? {

- ~коарктация аорты;
- ~альдостерома надпочечников;
- ~гипертиреоз;
- =гиперпаратиреоз.
- }

Основным признаком нефрогенной гипертензии является: {

- ~уменьшение размеров почек;
- =нарушение функции почек;
- ~сужение почечной артерии на 20%;
- ~наличие конкрементов в лоханке.
- }

Эндокринная гипертензия с дефицитом гормональной продукции наблюдается при: {

- =сахарном диабете;
- ~синдроме Кона;
- ~гиперпаратиреозе;
- ~болезни Иценко-Кушинга.
- }

Рациональной терапией высокой вазоренальной гипертензии является: {

- ~ингибиторы АПФ;

~бета-блокаторы;
=хирургическое лечение;
~антагонисты кальция.
}

Высокая диастолическая гипертензия характерна для: {

~гипертонической болезни;
~атеросклероза аорты;
=нефрогенной гипертензии;
~диэнцефального синдрома.
}

Наиболее информативным методом диагностики вазоренальной АГ является: {

~сцинтиграфия почек;
~УЗИ почек;
=почечная ангиография;
~УЗИ почечных артерий.
}

Признаком вазоренальной АГ является: {

~изменения в анализах мочи;
=сужение почечной артерии;
~высокая концентрация в крови креатинина;
~заболевания почек в анамнезе.
}

Вторичной формой артериальной гипертензии является: {

~гиповолемическая;
=почечная;
~цереброишемическая;
~кардиальная.
}

Механизмом развития реноваскулярной артериальной гипертензии является: {

=Активация ренин-ангиотензиновой системы;
~недостаточность кининовой системы почек;
~недостаточность ренин-ангиотензиновой системы;
~недостаточность простагландиновой системы почек.
}

Причиной вазоренальной гипертензии является: {

=фиброзно-мышечная дисплазия артерий почек;
~первично сморщенная почка;
~тяжелый сахарный диабет;
~хронический гломерулонефрит.
}

Повышение АД может вызвать прием: {

=циклопорина А;
~метотрексата;

~ципрофлоксацина;
~плаквенила.
}

В пользу феохромоцитомы может свидетельствовать повышение АД после приема: {

~каптоприла;
~амлодипина;
=бета-адреноблокатора;
~гидрохлортиазида.
}

Перед операцией для коррекции АД при феохромоцитоме применяется: {

=α-адреноблокатор;
~каптоприл;
~верапамил;
~дилтиазем.
}

Для дифференциальной диагностики болезни и синдрома Иценко- Кушинга проводится проба с: {

~гидрокортизоном
~преднизолоном
=дексаметазоном
~триамсинолоном
}

К повышению АД у пожилых пациентов (ИСАГ) приводит локализация стеноза атеросклеротического генеза: {

=в устье аорты;
~на сонной артерии;
~на дуге аорты;
~на подключичной артерии .
}

До хирургического удаления альдостером, и пациентам с двусторонней гиперплазией коры надпочечников назначают: {

=спиронолактон;
~бисопролол;
~моксонидин;
~лизиноприл.
}

Гипертонический криз считается осложненным, когда имеется: {

~тромбоэмболия легочной артерии;
=острый коронарный синдром;
~фибрилляция предсердий;
~спонтанный пневмоторакс.
}

При осложненных ГК требуется снижения АД, начиная с первых минут на _____ от исходного уровня: {

~20%;
~10%;
=25%;
~15%.
}

При ГК, осложненной расслаивающей аневризмой аорты требуется снизить систолическое АД до _____ мм рт.ст.: {

=100-110;
~140-150;
~120-130;
~150-160.
}

Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с острым коронарным синдромом является: {

~эналаприлат;
~нифедипин;
=нитроглицерин;
~фуросемид.
}

При сочетании ГК с отеком легких не рекомендуется применение: {

~эналаприлата;
~нитроглицерина;
~фуросемида;
=метопролола.
}

Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с расслаивающей аневризмой аорты является: {

~эналаприлат;
~нифедипин;
~нитроглицерин;
=эсмолол.
}

Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с гипертонической энцефалопатией является: {

~эналаприлат;
~нифедипин;
~нитроглицерин;
=нитропруссид натрия.
}

Предпочтительным препаратом для снижения АД при ГК в сочетании с ОЛН является: {

=эналаприлат;
~нифедипин;
~фентоламин;
~эсмолол.
}

Причиной аортального стеноза у пожилого человека чаще всего является: {

- ~острая ревматическая лихорадка;
- ~врожденный порок сердца;
- ~бактериальный эндокардит;
- =атеросклероз.

}

Синдром Фредерика характеризуется: {

- ~удлинением интервала QT;
- ~депрессией ST на фоне физической нагрузки;
- =полной атриовентрикулярной блокадой на фоне фибрилляции предсердий;
- ~сочетанием полной блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады.

}

После стентирования ствола левой коронарной артерии прием двойной антиагрегантной терапии должен продолжаться: {

- ~два года;
- ~не более полугода;
- =неопределенно долго;
- ~не менее года.

}

Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец: {

- ~T;
- =Q;
- ~R;
- ~S.

}

Над зоной Q-инфаркта миокарда в острый период на ЭКГ выявляется: {

- =патологический зубец Q;
- ~конкордантный подъем сегмента ST;
- ~низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях;
- ~депрессия сегмента ST.

}

Зону ишемии на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец: {

- =T;
- ~Q;
- ~R;
- ~S.

}

Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если имеются: {

=комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6;

- ~регресс амплитуды зубца R;
- ~зазубрины на вершине зубца R в отведениях V 5-V6;
- ~зазубрины на вершине зубца R в отведениях I, AVL.

}

Наиболее информативным ЭКГ-признаком для диагностики инфаркта правого желудочка является подъем сегмента ST в отведениях: {

~V3 и V4;
~V1R и V2R;
=V3R и V4R;
~III и AVF.
}

Подострая стадия инфаркта миокарда на ЭКГ характеризуется: {

~появлением патологического зубца Q;
~появлением отрицательного зубца T;
=смещением сегмента ST к изолинии;
~уменьшением амплитуды отрицательного зубца T.
}

Продолжительность острой стадии инфаркта миокарда до ____ часов: {

=6;
~3;
~2;
~4.
}

Для инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка ведущими являются следующие отведения: {

~I, II, A VL;
=II, III, A VF;
~V1 – V6;
~V1-V3.
}

Наиболее характерным признаком острого трансмурального инфаркта миокарда является: {

~отрицательный зубец T;
=наличие комплекса QS и монофазный подъем сегмента ST;
~регресс амплитуды зубца R;
~глубокий патологический зубец Q.
}

На ЭКГ острая стадия инфаркта миокарда характеризуется: {

~формированием отрицательного зубца T;
=монофазным подъемом сегмента ST;
~регрессом амплитуды зубца R;
~наличием комплекса QS.
}

Для инфаркта миокарда боковой стенки левого желудочка ведущими являются следующие отведения: {

~III, AVR, VI-V2;
=I, AVL, V5-V6;
~II, III, AVR, V3-V4;
~II, III.
}

Абсолютным ЭКГ признаком перенесенного инфаркта миокарда считается: {
=глубокий патологический зубец Q;
~отрицательный зубец T;
~подъем сегмента ST;
~депрессия сегмента ST.
}

«Золотым стандартом» лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является проведение: {
=первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом;
~системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ;
~ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов;
~системной тромболитической терапии.
}

Препаратами первой линии для снижения частоты и интенсивности приступов стенокардии являются: {
=бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция;
~ивабрадин и антагонисты кальция;
~антагонисты кальция и дигоксин;
~антагонисты кальция и пролонгированные нитраты.
}

Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для: {
=тромбоэмболии легочной артерии;
~острого перикардита;
~грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
~расслаивающей аневризмы аорты.
}

Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить: {
~ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику;
=«суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику;
~общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику;
~грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику.
}

Основным фактором развития мерцательной аритмии является: {
~дилатация левого желудочка;
=дилатация миокарда левого предсердия;
~гипертрофия левого желудочка;
~очаговый фиброз миокарда желудочков.
}

При острой тромбоэмболии легочной артерии давление в легочной артерии: {
~остается нормальным;
~сначала снижается, а затем становится нормальным;

=резко возрастает;
~понижается.
}

Для стратификации риска сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца используют: {

~перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ;
=тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию;
~коронароангиографию, ЭхоКГ;
~перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка).
}

У мужчины 78 лет с аденомой простаты предпочтительно начать лечение АГ с назначения: {

~кандесартана;
=доксазозина;
~гидрохлортиазида;
~карведилола.
}

Противопоказанием к назначению бетаксалолола является: {

~хронический бронхит;
=синдром слабости синусового узла;
~открытоугольная глаукома;
~сердечная недостаточность I-II фк по NYHA.
}

Кровохарканье при тромбоэмболии легочной артерии: {

~является показанием для кровоостанавливающей терапии;
~является относительным противопоказанием к назначению гепарина;
~является абсолютным противопоказанием к применению гепарина;
=не является противопоказанием к назначению гепарина.
}

Для купирования гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, наиболее эффективен препарат: {

~клонидин;
~сернокислая магнезия;
~фентанил;
=лазикс.
}

При подозрении на феохромоцитому предпочтительным препаратом для снижения АД является: {

~эналаприлат;
~пропранолол;
=фентоламин;
~эсмолол.
}

При неосложненном ГК необходимо достижение целевого АД в течение нескольких часов, но не более _____ часов от начала лечения. {

~36;

~48;

=24;

~12.

}

При неосложненном ГК необходимо снижать АД не более чем на 25% от исходного за _____ часа. {

~0.5;

=2;

~3;

~0.25.

}

При расслаивающей аневризме аорты и отеке легких АД снижать на 25% от исходного в течение _____ мин. {

=5-10;

~15 -20;

~20-30;

~30-60.

}

Для лечения преэклампсии с отеком легких препаратом выбора является: {

~допегит;

~фуросемид;

~нифедипин;

=нитроглицерин.

}

Главное правило при лечении ГК у беременной женщины – контролируемое снижение АД не более чем на _____ от исходного. {

~10%;

=20%;

~25%;

~15%.

}

АД ≥ _____ мм рт.ст. у беременной женщины расценивается как неотложное состояние, требующее госпитализации.{

~140/90;

=170/110;

~160/95;

~150/100.

}

Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является: {

~депрессия сегмента ST;

~инверсия зубца T;

~появление зубца Q;

=элевация сегмента ST.

}

Показанием для назначения тромболитиков является клиника ОКС при давности заболевания менее: {

=12 ч. ;

~6 ч.;

~24 ч.;

~3 ч.

}

Наиболее вероятным фактором риска венозных тромбоэмболических осложнений является: {

=Длительная иммобилизация;

~Ожирение;

~Варикозное расширение вен;

~Дегидратация.

}

Дабигатран этексилат является: {

=прямым ингибитором тромбина;

~ингибитором фактора Ха;

~ингибитором фактора VII;

~ингибитором фактора свертывания II.

}

Ривароксабан является: {

~прямым ингибитором тромбина;

=ингибитором фактора Ха;

~ингибитором фактора VII;

~ингибитором фактора свертывания II.

}

Апиксабан является: {

~прямым ингибитором тромбина;

=ингибитором фактора Ха;

~ингибитором фактора VII;

~ингибитором фактора свертывания II.

}

Варфарин является: {

~ингибитором фактора Ха;

~прямым ингибитором тромбина;

=блокатором образования факторов свертывания крови II, VII, IX и X;

~стимулятором образования факторов свертывания крови II, VII, IX и X.

}

Потенциальным источником кардиогенной эмболии является: {

=фибрилляция предсердий любой этиологии;

~иммобилизация;

~травма;

~беременность.

}

Большие плановые хирургические вмешательства целесообразно проводить на фоне отмены варфарина за: {

=5 дней;

~3 дня;

~4 дня;

~2 дня.

}

Ривароксабан и апиксабан до планового хирургического вмешательства достаточно отменить за: {

~12 часов;

=24 часа;

~6 часов;

~3 часа.

}

Перед плановыми хирургическими вмешательствами дабигатран отменяют при СКФ>80мл/мин и обычном риске кровотечений за: {

~12 часов;

~6 часов;

=24 часа;

~48 часов.

}

Абсолютным противопоказанием к антикоагулянтной терапии является ишемический инсульт давностью: {

=менее 3-х дней;

~менее 2-х дней;

~в 1-й день;

~в первые 12 часов.

}

Если после операции был обеспечен адекватный гемостаз, то прием варфарина может быть возобновлен через: {

=12-24 часа;

~3 часа;

~6 часов;

~4 часа.

}

При тяжелых/жизнеугрожающих кровотечениях на фоне приема НОАК активированный уголь показан и эффективен в течение _____ после приема препарата: {

=1-2 часов;

~3 часов;

~4 часов;

~5 часов.

}

Отмена варфарина производится перед таким плановым хирургическим вмешательством, как: {

- ~экстракция катаракты;
 - ~удаление папилломы;
 - ~экстракция зуба;
 - =грыжесечение.
- }**

К оперативным вмешательствам, не требующим в обязательном порядке отмены антикоагулянтов относятся: {

- =аппендэктомия;
 - ~вскрытие абсцесса;
 - ~вмешательства по поводу глаукомы;
 - ~позиционирование импланта.
- }**

К операциям с обычным риском кровотечений относятся: {

- ~люмбальная диагностическая пункция;
 - =ангиография;
 - ~биопсия печени;
 - ~полостная операция.
- }**

Зону некроза на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец: {

- ~T;
 - =Q;
 - ~R;
 - ~S.
- }**

Над зоной Q-инфаркта миокарда в острый период на ЭКГ выявляется: {

- =патологический зубец Q;
 - ~конкордантный подъем сегмента ST;
 - ~низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях;
 - ~депрессия сегмента ST.
- }**

Зону ишемии на ЭКГ при инфаркте миокарда отражает зубец: {

- =T;
 - ~Q;
 - ~R;
 - ~S.
- }**

Наиболее характерным признаком острого трансмурального инфаркта миокарда является: {

- ~отрицательный зубец T;
 - =наличие комплекса QS и монофазный подъем сегмента ST;
 - ~регресс амплитуды зубца R;
 - ~глубокий патологический зубец Q.
- }**

На ЭКГ острейшая стадия инфаркта миокарда характеризуется: {

- ~формированием отрицательного зубца T;
- =монофазным подъемом сегмента ST;
- ~регрессом амплитуды зубца R;
- ~наличием комплекса QS.

}

Для инфаркта миокарда боковой стенки левого желудочка ведущими являются следующие отведения: {

- ~III, AVR, VI-V2;
- =I, AVL, V5-V6;
- ~II, III, AVR, V3-V4;
- ~II, III.

}

Для профилактики постинфарктного ремоделирования сердца применяют: {

- ~диуретики;
- ~блокаторы медленных кальциевых каналов;
- ~β-адреноблокаторы;
- =ингибиторы АПФ.

}

При синдроме Дресслера не выявляют: {

- ~полисерозит;
- =снижение СОЭ;
- ~эозинофилию;
- ~положительную динамику при лечении ГКС.

}

Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности одного из следующих ферментов: {

- ~миоглобина;
- ~креатинфосфокиназы (КФК);
- =тропонина Т или I;
- ~аспарагиновой трансаминазы (АСТ).

}

Зубец Q на ЭКГ здорового человека отражает: {

- ~возбуждение межпредсердной перегородки;
- ~возбуждение основания правого желудочка;
- =возбуждение левой половины межжелудочковой перегородки;
- ~время активации левого желудочка.

}

При остром инфаркте миокарда в сыворотке крови раньше других возрастает уровень активности: {

- ~аспарагиновой трансаминазы (АСТ);
- ~креатинфосфокиназы (КФК);
- ~тропонина Т или I;

=миоглобина.

}

При инфаркте миокарда без зубца Q назначают: {

~тромболитики, анальгетики;

~гепарин, анальгетики;

~анальгетики, лидокаин, строфантин;

=средства, назначаемые при нестабильной стенокардии.

}

Фактором непосредственного риска развития инфаркта миокарда является: {

=нестабильная стенокардия;

~курение;

~артериальная гипертензия;

~сахарный диабет.

}

Для вторичной профилактики инфаркта миокарда ингибиторы АПФ особенно показаны пациентам с: {

~ожирением;

~нижним инфарктом миокарда;

~блокадой левой ножки пучка Гиса;

=передним распространенным инфарктом миокарда.

}

Для вторичной профилактики инфаркта миокарда назначается: {

~аспирин в течение года;

~аспирин пожизненно;

~аспирин + клопидогрель пожизненно;

=аспирин пожизненно+ клопидогрель или прасугрел или тикагрелор в течение года или более.

}

Для профилактики ИБС назначается: {

=средиземноморская диета;

~кремлевская диета;

~американская диета;

~японская диета.

}

Рекомендуемой границей окружности талии для мужчин с целью профилактики ИБС является: {

~90 см;

=102 см;

~105 см;

~88 см.

}

При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведениях и более в V1-V3 более чем на: {

~1,5 мм;

~1 мм;

~3 мм;
=2 мм .
}

Минимальной дозой аспирина в сутки в качестве антиагреганта у больных ИБС, стабильной стенокардией является: {

=75 мг;
~50 мг;
~300 мг;
~250 мг.
}

Причиной возникновения стенокардии напряжения является: {

~дилатационная кардиомиопатия;
~миокардит;
~пролапс митрального клапана;
=атеросклеротическое сужение огибающей коронарной артерии на 70%.
}

При Стенокардии напряжения I ФК (Канадская классификация) приступ возникает при: {

~обычной физической нагрузке;
~подъеме по лестнице;
=при сильном или быстром или продолжительном напряжении в работе;
~вставании рано утром.
}

При стенокардии напряжения II ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является: {

~обычная физическая нагрузка;
~подъем по лестнице до 1- го лестничного пролета;
~вставание рано утром;
=подъем по лестнице более 1 лестничного пролета нормальным шагом и в нормальных условиях или ходьба более 100-200 м по ровной местности.
}

При стенокардии напряжения III ФК (Канадская классификация), минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является: {

~обычная физическая нагрузка;
~подъем по лестнице;
~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
=ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1- го лестничного пролета.
}

При стенокардии напряжения IV ФК (Канадская классификация) минимальным порогом физической нагрузки, который провоцирует приступ, является: {

=обычная физическая нагрузка;
~подъем по лестнице;

~сильная или быстрая или продолжительная напряженная работа;
~ходьба по ровной местности или подъем по лестнице до 1-го лестничного пролета.

}

Наиболее частой причиной коронарной недостаточности (стенокардии) является: {

~синдром Х;
=атеросклеротическое сужение коронарных артерий;
~мышечные мостики;
~артерииты.
}

Показанием для курантиловой пробы при диагностике ИБС является: {
=невозможность провести пробу с физической нагрузкой;
~тяжелые нарушения ритма;
~пониженное артериальное давление;
~нестабильная стенокардия.
}

Характерным проявлением стенокардии напряжения является: {
=дискомфорт за грудиной при физической нагрузке;
~боль "в области сердца", возникающая при резких движениях;
~локализация боли в ограниченном пространстве в области верхушки сердца;
~продолжительность боли 5 - 20 сек.
}

Признаком наличия у больного стенокардии является: {
~появление во время приступа систолического шума;
~появление прекордиальной пульсации во время приступа;
~появление во время приступа влажных хрипов в нижних отделах легких;
=депрессия сегмента ST во II, III, aVF отведениях на 1,5 мм горизонтального типа.
}

Фактором, понижающим потребность миокарда в кислороде является: {
=гипотермия ;
~гипертиреозидизм;
~использование симпатомиметиков;
~высокая артериальная гипертония.
}

Препаратом, польза которых доказана при терапии больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения с застойной сердечной недостаточностью является: {

~пропранолол;
~атенолол;
~пиндолол;
=бисопролол.
}

Биохимическим маркером наличия некроза участка миокарда является: {
~общая ЛДГ;
~АЛТ;

~АСТ;
=МВ – КФК.
}

После появления симптомов ОКС повышение содержания МВ -КФК в крови наблюдается спустя: {

~2 часа;
~4 часа;
=6-8 часов;
~12 часов.
}

Содержание МВ - КФК в крови при инфаркте миокарда (без рецидива) нормализуется спустя: {

=2 - 3 дня;
~5 - 6 дней;
~8 - 12 дней;
~2 недели.
}

Эффективность тромболитиков доказана у больных при ОКС: {

=с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 12 часов от начала заболевания;
~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в первые 6 часов от начала заболевания;
~без подъема сегмента ST;
~с подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки 12-18 часов от начала заболевания.
}

Эхокардиографическим данным, позволяющим проводить дифференциальную диагностику боли в груди и свидетельствующим о наличии ишемии миокарда является: {

~усиление сократимости миокарда левого желудочка;
=акинезия в некоторых сегментах левого желудочка;
~отсутствие нарушений локальной сократимости миокарда;
~нормальная сократимость миокарда.
}

Критерием диагностики острого инфаркта миокарда с зубцом Q в передне-перегородочной области левого желудочка является появление на ЭКГ зубца Q в сочетании с монофазной кривой в отведениях: {

=V1 - V3;
~V1 – V2;
~V3 – V4;
~V4 – V5.
}

Критерием диагностики острого инфаркта миокарда без зубца Q в передней стенке левого желудочка является появления на ЭКГ депрессии сегмента ST на: {

=3 мм в V3 - V4 и отрицательного T;
~2 мм в V3 - V4 справа от грудины;

~1 мм в V3 - V4;
~0,5 мм в V3 - V4.
}

Положительное влияние тромболитиков при остром коронарном синдроме отсутствует у больных с: {

~ОКС и подъемом сегмента ST в двух и более рядом расположенных или сопряженных отведениях в сроки до 12 часов от начала заболевания;
~ОКС и остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса в сроки до 12 часов от начала заболевания ;
~острым инфарктом миокарда с зубцом Q в первые 6 часов от начала заболевания;
=острым инфарктом миокарда с зубцом Q в сроки 12 - 18 часов от начала заболевания.
}

В патогенезе ОКС при нестабильной стенокардии играет роль: {

~критический стеноз коронарной артерии;
=разрыв бляшки;
~частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом;
~полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом.
}

В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда без зубца Q играет роль: {

~критический стеноз коронарной артерии;
~пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки;
=частичное закрытие просвета сосуда бляшкой и тромбом;
~полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом.
}

В патогенезе ОКС при инфаркте миокарда с зубцом Q играет роль: {

~критический стеноз коронарной артерии;
~пристеночный тромбоз в месте разрыва бляшки;
=полная обтурация просвета артерии бляшкой и тромбом;
~вазоконстрикция в месте "нестабильной" бляшки.
}

Гуморальным фактором, способствующим возникновению разрывов атеросклеротической бляшки, является: {

~повышенное содержание катехоламинов;
=повышенное содержание вазопрессина;
~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;
~пониженное содержание вазопрессина.
}

Местным фактором, способствующим возникновению разрыва атеросклеротической бляшки является: {

~повышение содержания катехоламинов;
~повышение содержания вазопрессина;
~высокое содержание в крови липопротеидов низкой плотности;
=усиление турбулентности тока крови в области бляшки.
}

Препаратом для лечения кардиогенного шока является: {

- ~бета-адреноблокатор;
 - ~бронхолитик;
 - =допамин;
 - ~ИАПФ.
- }

Разрыв сосочковой мышцы чаще происходит при: {

- =нижнем инфаркте миокарда;
 - ~инфаркте правого желудочка;
 - ~инфаркте передней стенки ЛЖ;
 - ~инфаркте предсердий.
- }

Отек легких при инфаркте миокарда лечат: {

- ~антибиотиками;
 - =морфином, нитратами, диуретиками;
 - ~антиагрегантами;
 - ~седативной терапией.
- }

При инфаркте миокарда, осложненной левожелудочковой недостаточностью зона некроза составляет: {

- =25-30%;
 - ~10-15%;
 - ~45-50%;
 - ~35-40%.
- }

Острейший период ИМ осложняется: {

- ~застойной сердечной недостаточностью ;
 - ~нарушением реполяризации;
 - =острой левожелудочковой недостаточностью;
 - ~синдромом Дресслера.
- }

Гемодинамическим критерием кардиогенного шока при ИМ является: {

- =сердечный индекс $< 2,5$ л/мин/м²;
 - ~повышение ударного объема;
 - ~повышение минутного объема;
 - ~уменьшение периферического сопротивления сосудов .
- }

При внутреннем разрыве (отрыв папиллярной мышцы) выявляют: {

- ~цианоз;
 - ~резчайшую боль в нижних конечностях;
 - =признаки кардиогенного шока;
 - ~отрицательные зубцы Т.
- }

Ранняя постинфарктная стенокардия возникает после перенесенного ИМ через:
{

=24 ч - 2 нед.;
~24 ч - 8 нед.;
~2 мес.;
~6 мес.
}

Отек легких может возникнуть при: {

~артериальной гипертензии;
~феохромоцитоме;
=инфаркте миокарда;
~митральном стенозе.
}

Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является: {

~уменьшение вольтажа всех зубцов;
~подъем сегмента ST;
=депрессия ST более чем на 2 мм;
~появление отрицательных зубцов T.
}

Самым частым осложнением в первые часы острого инфаркта миокарда является: {

~отек легких;
=нарушение ритма;
~кардиогенный шок;
~разрыв сердца.
}

Наиболее достоверным симптомом для стенокардии является: {

~загрудинная боль при физической нагрузке;
~нарушение ритма;
=депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей;
~патологический зубец Q.
}

Самой частой причиной смерти при остром инфаркте миокарда является: {

~кардиогенный шок;
~левожелудочковая недостаточность;
=нарушение ритма;
~полная AV-блокада .
}

В диагностике ИБС наиболее информативными являются: {

~аускультативные данные;
=типичные анамнестические данные;
~данные ЭКГ;
~данные анализа крови (клинического, биохимического).
}

Бета-адреноблокаторы применяются при ИБС, так как они: {

=снижают потребность миокарда в кислороде;
~расширяют коронарные сосуды;

~вызывают спазм периферических сосудов;
~увеличивают потребность в кислороде.
}

Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться: {

~только при неосложненном течении;
~больным до 50-летнего возраста;
~при первичном инфаркте миокарда;
=по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда.
}

Наиболее значимым фактором риска ИБС, является: {

~употребление алкоголя;
=артериальная гипертензия;
~курение;
~гиподинамия.
}

В качестве антиангинального средства у больного 50 лет со стенокардией напряжения III ФК с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS, используется: {

~верапамил;
~атенолол;
~дилтиазем;
=нитросорбид.
}

К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном сидячем положении? {

=напряжения;
~покоя;
~вариантной;
~напряжения и покоя.
}

Какие из указанных изменений ЭКГ характерны для стенокардии? {

~патологический зубец Q;
=депрессии сегмента ST;
~появление отрицательного зубца T;
~преходящая блокада ножек пучка Гиса.
}

Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии? {

~заболевания пищевода;
=грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
~язвенная болезнь желудка;
~хронический колит.
}

Наиболее эффективными лекарственными средствами, применяемыми при стенокардии являются: {

=бета-адреноблокаторы;
~антагонисты кальция;
~антикоагулянты;
~антиоксиданты.
}

Признаком нестабильной стенокардии является: {
=изменение длительности и интенсивности болевых приступов;
~нарушение ритма и проводимости;
~снижение АД без гипотензивной терапии;
~появление патологического зубца Q на ЭКГ.
}

Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются: {
~изменение фракции выброса;
~ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке;
~повышение уровня изоэнзимов ЛДГ и КФК в плазме;
=снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт.
}

ЭКГ-признаками стенокардии и коронарного атеросклероза являются: {
~удлинение интервала QT;
~удлинение интервала PQ;
~зубец Q с амплитудой больше трети зубца R и длительностью более 0,03 с;
=изменения конечной части желудочкового комплекса и зубца T.
}

Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане: {
=развития инфаркта миокарда;
~тромбоэмболии мозговых сосудов;
~развития фатальных нарушений ритма сердца;
~развития легочной гипертензии.
}

Причиной вариантной стенокардии (типа Принцметала) является: {
~поражение мелких сосудов коронарных артерий;
=спазм крупной коронарной артерии;
~спазм мелких сосудов коронарной артерии;
~тромбоз коронарной артерии.
}

Наиболее тяжелое течение стенокардии наблюдается у больных с: {
=стенозом основного ствола левой коронарной артерии;
~проксимальным поражением задней коронарной артерии;
~дистальным поражением огибающей артерии;
~проксимальным поражением огибающей артерии.
}

Предельной реакцией АД при проведении велоэргометрической пробы у больных со стенокардией является повышение АД до: {
~170 мм рт.ст.;

~180 мм рт.ст.;
~200 мм рт.ст.;
=220 мм рт.ст.
}

Синдром "обкрадывания" у больных со стенокардией развивается при использовании: {

~тринитратов;
~динитратов;
~бета-адреноблокаторов;
=вазодилаторов.
}

Эффективность антиангинального действия тринитратов у больных стенокардией снижается в результате таких причин, как: {

=снижение числа рецепторов к нитратам в миоцитах;
~интенсификация образования свободных радикалов;
~повышение агрегации тромбоцитов;
~снижение уровня эндотелий-релаксирующего фактора.
}

Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладают такие препараты, как: {

~дипиридамола;
=бисопролола;
~корватона;
~изосорбид-динитрат.
}

Антиангинальное действие у больных стенокардией за счет торможения агрегации или дезагрегации тромбоцитов вызывают: {

=дипиридамола;
~гепарина;
~фенилина;
~стрептодеказа.
}

При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является: {

~консервативная терапия коронаролитическими препаратами;
=транскатетерная ангиопластика коронарных артерий;
~разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном;
~операция аорто-коронарного шунтирования.
}

Какое изменение на ЭКГ характерно для инфаркта миокарда? {

=патологический зубец Q;
~конкордантный подъем сегмента ST;
~низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях;
~депрессия сегмента ST.
}

Повышение какого сывороточного фермента наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда? {

- =креатинфосфокиназы;
 - ~лактатдегидрогеназы;
 - ~аминотрансферазы;
 - ~щелочной фосфатазы.
- }**

Какой эхокардиографический признак характерен для инфаркта миокарда? {

- ~диффузный гиперкинез;
 - ~диффузный гипокинез;
 - =локальный гипокинез;
 - ~локальный гиперкинез.
- }**

Наиболее характерным признаком блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса является: {

- =резкое отклонение электрической оси влево;
 - ~отклонение электрической оси вправо;
 - ~деформация комплекса QRS;
 - ~расширение комплекса QRS $> 0,10''$.
- }**

Наиболее характерный признак блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса - это: {

- ~Отклонение электрической оси вправо;
 - =Резкое отклонение электрической оси вправо;
 - ~Расширение комплекса QRS $> 0,10''$;
 - ~Изменение конечной части желудочкового комплекса.
- }**

На блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный _____ градусам: {

- ~0;
 - ~-10;
 - =45;
 - ~100.
- }**

На блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса с наибольшей вероятностью может указывать угол альфа, равный _____ градусам: {

- ~0;
 - ~15;
 - ~90;
 - =120.
- }**

К двухпучковым блокадам относится: {

- ~блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса;
- ~блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;
- =блокада левой ножки пучка Гиса;
- ~блокада правой ножки пучка Гиса.

}

К препаратам, рекомендованным ВНОК и ОССН для лечения ХСН из дополнительной группы относятся: {

~ингибиторы АПФ;
=непрямые антикоагулянты;
~диуретики;
~сартаны.

}

К препаратам рекомендованным ВНОК и ОССН для лечения ХСН из вспомогательной группы относятся: {

~ингибиторы АПФ;
~сартаны;
~Бета-адреноблокаторы;
=Периферические вазодилататоры.

}

Эффекты ингибиторов АПФ тормозятся: {

=нестероидными противовоспалительными средствами;
~антагонистами кальция;
~периферическими вазодилататорами;
~петлевыми диуретиками.

}

При лечении сердечной недостаточности у больных ИБС назначение _____ увеличивает их выживаемость: {

~диуретиков;
~сердечных гликозидов;
~нитратов;
=ингибиторы АПФ.

}

К побочным эффектам при применении периндоприла относятся: {

~тахикардия;
~отеки;
=сухой кашель;
~брадикардия.

}

При диастолической сердечной недостаточности увеличивают диастолическое расслабление: {

~В-блокаторы;
~статины;
=антагонисты кальция;
~диуретики.

}

Диуретики при ХСН: {

~повышают тонус сосудов;
~активизируют систему брадикинина;

=уменьшают ОЦК, одышку, периферические отеки, дилатацию полостей сердца за счет усиления выведения из организма натрия, хлоридов и воды;
~повышают уровень простагландинов.

}

Сердечные гликозиды нельзя назначать с: {

~тиазидными диуретиками;
~верошпироном;
~нитросорбидом;
=препаратами кальция.

}

В наибольшей степени увеличивают продолжительность и качество жизни больных с недостаточностью кровообращения: {

~сердечные гликозиды;
~диуретики;
=ингибиторы АПФ;
~препараты, улучшающие метаболизм миокарда.

}

При ХСН следует избегать назначения: {

~иАПФ;
=глюкокортикоидов;
~диуретиков;
~статинов.

}

При диастолической сердечной недостаточности из-за уменьшения преднагрузки и сердечного выброса применяют с осторожностью: {

~сердечные гликозиды;
~антагонисты кальция;
=диуретики;
~иАПФ.

}

Больным с ХСН противопоказаны: {

=антиаритмики I и IV классов;
~антиаритмики II класса;
~антиаритмики III класса;
~омега-3- полиненасыщенные жирные кислоты.

}

Больным с систолической сердечной недостаточностью противопоказаны: {

=атенолол и метопролол тартрат;
~атенолол и метопролол сукцинат;
~небиволол и бисопролол;
~бисопролол и метопролол сукцинат.

}

Какие препараты не назначают совместно с иАПФ: {

~диуретики;

=препараты калия;
~статины;
~омега-3- полиненасыщенные жирные кислоты.
}

Какие признаки характерны для кардиогенного шока? {

=артериальная гипотензия;
~пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;
~брадикардия;
~полиурия.
}

Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком у больных с острым инфарктом миокарда является: {

~ранние желудочковые экстрасистолы;
=групповые желудочковые экстрасистолы;
~политопные желудочковые экстрасистолы;
~наджелудочковые экстрасистолы.
}

Какое из осложнений инфаркта миокарда является самым частым, самым ранним и самым опасным? {

~кардиогенный шок;
~отек легких;
=фибрилляция желудочков;
~разрыв сердца.
}

У больного с острым трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести? {

~строфантин;
=лидокаин;
~обзидан;
~финоптин.
}

Островозникшая АВ-блокада I степени чаще всего локализуется в: {

=АВ-узле;
~стволе пучка Гиса;
~ножках пучка Гиса;
~синусовом узле.
}

Для АВ-блокады II степени по типу Мобитц II характерно: {

=постоянство интервала PQ;
~отсутствие паузы в возбуждении желудочков, продолжительность которой равна 2 нормальным расстояниям PP или кратна им;
~отсутствие выскальзывающих сокращений во время пауз в возбуждении желудочков;
~удлинение интервала PQ, с последующим выпадением.

}

При атриовентрикулярной блокаде 1-й степени на ЭКГ отмечается: {

- ~выпадение комплексов QRS;
- ~выпадение зубцов P;
- =удлинение интервала PR;
- ~атриовентрикулярная диссоциация.

}

Для атриовентрикулярной блокады 2-й степени типа I (мобитц-I) характерно: {

- ~постоянство интервала PR;
- =прогрессивное удлинение интервалов PR перед выпадением комплекса QRS;
- ~частое наличие одновременной блокады ветвей пучка Гиса;
- ~выпадение зубцов P.

}

Абсолютным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- =приступ Морганьи-Адамс-Стокса в анамнезе (хотя бы однократно);
- ~асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;
- ~предсердно-желудочковая блокада I степени;
- ~бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа (проксимальной).

}

Относительным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- ~блокада обеих ножек пучка Гиса или полная АВ-блокада при наличии симптоматичной брадикардии;
- =асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;
- ~АВ-блокада III степени, постоянная или перемежающаяся;
- ~дистальная (на уровне или ниже пучка Гиса по данным гистогрaфии) АВ-блокада II степени (типа Мобитц I или II).

}

Противопоказанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- ~АВ-блокада типа Мобитц II;
- ~АВ-блокада II или III степени;
- =бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа проксимальной);
- ~сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и задней ветви левой ножки пучка Гиса.

}

При полной АВ-блокаде гетеротопный ритм исходит из: {

- ~пучка Гиса или из более нижних отделов проводящей системы;
- ~АВ-узла, так и из пучка Гиса и волокон Пуркинье;
- ~атриодальных (предсердие-АВ-узел) проводящих путей;
- =желудочков.

}

У больного острый трансмуральный переднеперегородочный инфаркт миокарда, развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика: {

- ~ввести строфантин;
 - =произвести кардиоверсию;
 - ~ввести обзидан;
 - ~ввести кордарон.
- }

У больного 39 лет, перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКШ на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличились размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины: {

- ~гидроперикард;
 - =гемоперикард;
 - ~повторный инфаркт миокарда;
 - ~инфекционный экссудативный перикардит.
- }

У больного с ОИМ (трансмуральным) на 2-е сутки систолический шум в области абсолютной сердечной тупости, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребущий характер. Состояние больного не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать? {

- ~разрыв миокарда;
 - ~перфорация межжелудочковой перегородки;
 - ~отрыв сосочковых мышц митрального клапана;
 - =эпистенокардитический перикардит.
- }

У 6-го 45 лет с ОИМ (переднеперегородочного) через 10 часов замирание в работе сердца, головокружение. На ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 78, периодически по 2-3 широких желудочковых комплекса, неправильной формы, затем полная пауза. Осложнение инфаркта? {

- ~полная атриовентрикулярная блокада;
 - ~узловая экстрасистолия;
 - ~суправентрикулярная тахикардия;
 - =желудочковая экстрасистолия.
- }

У 6-го 68 лет ОИМ (задний). Потерял сознание, покрылся холодным потом. Состояние тяжелое, кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 180. АД 80/40. На ЭКГ широкие желудочковые комплексы неправильной формы. Осложнение инфаркта? {

- ~фибрилляция желудочков;
 - ~желудочковая экстрасистолия;
 - ~частичная атриовентрикулярная блокада;
 - =желудочковая тахикардия.
- }

У больного 67 лет острый задний инфаркт миокарда. При мониторировании установлено, что интервал PQ прогрессирующе увеличивался от цикла к циклу с

последующим выпадением комплекса QRS. ЧСС=56 в мин. Рекомендованное лечение:

{

- =временная кардиостимуляция;
- ~постоянная кардиостимуляция;
- ~ко-фактор синтеза нуклеиновых кислот;
- ~индерал.

}

Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию: {

- ~снижение АД и учащение пульса;
- ~снижение АД и урежение пульса;
- =повышение АД и учащение пульса;
- ~повышение АД и урежение пульса.

}

Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при: {

- ~кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;
- =кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;
- ~отравлении фосфорорганическими соединениями;
- ~кровопотере, превышающей 50% объема циркулирующей крови.

}

Признаком недостаточности правых отделов сердца является: {

- ~снижение артериального давления;
- =повышение центрального венозного давления (ЦВД);
- ~снижение ЦВД;
- ~анемия.

}

?Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока равна _____ %. {

- ~10-20;
- =20-30;
- ~30-40;
- ~40-50.

}

Наибольшим «волемическим коэффициентом» (при переливании одного и того же объема циркулирующей крови) обладает: {

- ~полиглюкин;
- =реополиглюкин;
- ~гемодез;
- ~сухая плазма.

}

Исход реанимации является наиболее благоприятным при: {

- ~при первичной остановке кровообращения;
- ~первичной остановке дыхания;
- =первичном поражении центральной нервной системы;
- ~первичном поражении нейроэндокринной системы.

}

При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить: {

- ~на верхней трети грудины;
- ~на границе верхней и средней трети грудины;
- =на границе средней и нижней трети грудины;
- ~над мечевидным отростком грудины.

}

При остановке кровообращения развивается: {

- ~метаболический алкалоз;
- =метаболический ацидоз;
- ~респираторный алкалоз;
- ~респираторный ацидоз.

}

Выживаемость больного после гипоксемии увеличивают: {

- =барбитураты;
- ~эфир;
- ~фторотан;
- ~гипертермия.

}

При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение: {

- ~атропина;
- ~норадреналина;
- ~изадрина;
- =зонда – электрода в правый желудочек.

}

У больного 65 лет острый задне-диафрагмальный инфаркт миокарда. При мониторировании выявлено, что интервал PQ увеличен до 0,4 сек с выпадением комплекса QRS. Отношение предсердных волн и комплекса QRS 4:1. ЧСС 40 в мин. Диагноз: {

- =атриовентрикулярная блокада второй степени;
- ~синдром Фредерика;
- ~мерцательная аритмия, брадисистолическая форма;
- ~синоаурикулярная блокада III степени.

}

У больной 80 лет ОИМ (задний). Периодически возникают эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием типа Чейн-Стокса. На ЭКГ зубцы Р не связаны с комплексами QRS, продолжительность интервала PP 0,8 сек, RR 1,5 сек. ЧСС 35 в мин. Диагноз: {

- ~эпилепсия;
- =полная атриовентрикулярная блокада;
- ~брадисистолическая форма фибрилляции предсердий;
- ~фибрилляция желудочков.

}

У больного 54 лет повторный инфаркт миокарда. Бледен, холодный липкий пот, акроцианоз, в легких мелкопузырчатые хрипы в нижне-задних отделах. ЧСС 110. ЧД 24. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс слабый. Олигурия. Больной возбужден, неадекватен. Диагноз: {

- ~транзиторная гипотензия;
 - ~кардиогенный шок, торпидная фаза;
 - ~начинающийся отек легких;
 - =кардиогенный шок, эректильная фаза.
- }

Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом острый задний инфаркт миокарда. В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяется. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистолию желудочков. Лечение:{

- ~дефибрилляция;
 - =внутрисердечное введение симпатомиметиков;
 - ~индерал внутривенно;
 - ~ганглиоблокаторы.
- }

У больного 50 лет распространенный передний инфаркт миокарда. после 2-х суток лечения стал жаловаться на чувство нехватки воздуха, сухой кашель. при обследовании выявлен систолический шум на верхушке и в т. Боткина, ранее не выслушивавшийся. Диагноз: {

- ~крупозная пневмония;
 - ~постинфарктный перикардит;
 - =отрыв сосочковой мышцы;
 - ~синдром Дресслера.
- }

У больного 48 лет ОИМ (задний). На 3-и сутки стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧД 24. Тоны сердца глухие, ритмичные, пансистолический шум по парастеральной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС 96. АД 100/60 Печень + 6 см. Диагноз: {

- ~ревматический порок сердца;
 - ~пролапс митрального клапана;
 - =разрыв межжелудочковой перегородки;
 - ~тромбоз легочной артерии.
- }

Какое из положений верно для больного с заболеванием сердца, относящегося к первому функциональному классу? {

- =симптомы заболевания сердца выявляются только инструментальными методами в условиях максимальной физической нагрузки;
 - ~обычная физическая активность не вызывает утомления, сердцебиения, одышки, ангинозных болей;
 - ~обычная физическая активность приводит к утомлению, сердцебиению, одышке, ангинозным болям;
 - ~утомление, сердцебиение, одышка, ангинозные боли возникают при физической активности, меньше обыкновенной.
- }

Эквивалентом стенокардии может служить следующий симптом: {

- =изжога при быстрой ходьбе;
 - ~головокружение при переходе в ортостаз;
 - ~повышение АД при физической нагрузке;
 - ~колющие боли в сердце при наклонах туловища.
- }**

Длительность острейшего периода инфаркта миокарда до:{

- =6 часов;
 - ~двух часов;
 - ~30 минут;
 - ~12 часов.
- }**

Длительность острого периода инфаркта миокарда до: {

- ~двух часов;
 - ~1 месяца;
 - =10 дней;
 - ~двух дней.
- }**

Самым ранним электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является: {

- ~депрессия сегмента ST;
 - ~появление зубца Q;
 - ~инверсия зубца T;
 - =подъем сегмента ST.
- }**

Дольше других при остром инфаркте миокарда удерживается повышенный уровень активности:{

- ~креатинфосфокиназы (КФК);
 - ~аспарагиновой трансаминазы (АСТ);
 - =тропонина T;
 - ~миоглобина.
- }**

Подозрение на инфаркт миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса возникает, если: {

- ~имеется комплекс QS в отведениях V1 - V2;
 - ~длительность комплекса QRS превышает 0,1 сек;
 - ~отсутствует зубец Q в отведениях V5 - V6;
 - =имеется комплекс QR или зазубрины в начале восходящего колена зубца R в отведениях V5-V6.
- }**

Возникновение кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда: {

- ~связано с повреждением 20% массы миокарда;
- =связано с повреждением 40% и более массы миокарда;
- ~зависит от локализации инфаркта миокарда;
- ~не зависит от массы поврежденного миокарда.

}

Основным электрокардиографическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является появление в двух и более смежных отведениях: {

~инверсии зубца T;
=элевации сегмента ST;
~депрессии сегмента ST;
~комплекса QS.
}

ЭКГ–признаки инфаркта миокарда нижнебоковой стенки левого желудочка выявляются в___ отведениях: {

~II, III, aVF, V1 -V3;
=II, III, aVF, V4 –V6;
~I, II, aVL, V4 –V6;
~II, III, aVF.
}

Поздним осложнением инфаркта миокарда является: {

~разрыв миокарда;
~остановка кровообращения;
=аневризма левого желудочка;
~отек легких.
}

При инфаркте миокарда стрептокиназу необходимо вводить в дозе: {

~1 млн. единиц;
~1,3 млн. единиц;
=1,5 млн. единиц;
~2 млн. единиц.
}

При инфаркте миокарда тромболитики показаны при подъеме сегмента ST на ЭКГ в двух смежных отведения и более в V1-V3 более чем на: {

~1,5 мм;
~1 мм;
~3 мм;
=2 мм .
}

При остром перикардите, осложнившим инфаркт миокарда нельзя применять: {

~индометацин;
~ацетилсалициловую кислоту;
~глюкокортикоид;
=антикоагулянт.
}

При инфаркте миокарда без зубца Q не назначают: {

~антиагрегант;
=тромболитик;
~антикоагулянт;

~аналгетик.

}

При осложнении острого инфаркта миокарда полной атриовентрикулярной блокадой показано введение: {

=атропина;

~норадреналина;

~изадрина;

~адреналина.

}

При синусовой брадикардии на фоне острого инфаркта миокарда лечение следует начинать с внутривенного введения: {

~5 мг изоптина;

~1 мг изупрела;

=0,5-1 мг атропина;

~100 мг гидрокортизона.

}

Для профилактики фибрилляции желудочков в остром периоде инфаркта миокарда показан: {

~новокаиномид;

=пропранолол;

~амиодарон;

~лидокаин.

}

Препаратами, улучшающими качество жизни и не имеющие доказательств влияния на выживаемость у больных ИБС, стенокардией являются: {

=сиднонимины;

~кардиоселективные бета-адреноблокаторы;

~ингибиторы АПФ;

~недигидроперидиновые антагонисты кальция.

}

Эффективными разовыми дозами метопролола у больных стенокардией являются: {

~40 – 80 мг;

~10 - 20 мг;

=50 – 100 мг;

~150 – 200 мг.

}

Продолжительность антиишемического действия у метопролола: {

=8 - 12 часов;

~6 часов;

~24 часа;

~4 часа.

}

Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии мигрени, перемежающей хромоте, синдроме Рейно являются: {

- ~ингибиторы АПФ;
- ~бета-адреноблокаторы;
- ~нитраты;
- =антагонисты кальция.

}

Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии бронхиальной астмы или ХОБЛ являются: {

- ~нитраты;
- ~бета-блокаторы;
- =антагонисты кальция;
- ~сиднонимин.

}

Эффективными антиангинальными препаратами у больных ИБС при наличии сахарного диабета 1 типа являются: {

- =антагонисты кальция;
- ~кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
- ~неселективные бета-адреноблокаторы;
- ~нитраты.

}

Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС, при наличии артериальной гипертензии являются: {

- ~ингибиторы АПФ;
- ~нитраты;
- =бета-адреноблокаторы;
- ~антагонисты кальция.

}

Антиангинальным препаратом выбора у больных ИБС, стенокардией при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокады является: {

- ~бисопролол;
- =амлодипин;
- ~нитросорбид;
- ~молсидомин.

}

Препаратами выбора для длительного лечения вазоспастической стенокардии являются: {

- =антагонисты кальция;
- ~кардиоселективные бета-блокаторы;
- ~бета-блокаторы с симпатомиметическим действием;
- ~нитраты.

}

Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии митрального или аортального стеноза являются: {

- ~антагонисты кальция;
- ~нитраты;
- =кардиоселективные бета-адреноблокаторы;
- ~сиднонимин.

}

Препаратами выбора для длительного лечения стенокардии смешанного генеза являются: {

- ~антагонисты кальция;
 - ~кардиоселективные бета-блокаторы;
 - ~бета-блокаторы с симпатомиметическим действием;
 - =бета-блокаторы в комбинации с антагонистами кальция.
- }

Антиангинальными препаратами первого выбора у больных ИБС при наличии хронической застойной сердечной недостаточности являются: {

- ~верапамил, дилтиазем;
 - =кардиоселективные бета-блокаторы;
 - ~дигидропиридиновая группа антагонистов кальция;
 - ~сиднонимины.
- }

Эффективными разовыми дозами нитросорбида - ретард у больных стенокардией являются: {

- =20 - 40мг;
 - ~10 - 20мг;
 - ~0,25 - 0,5мг;
 - ~2,5- 5мг.
- }

У больных ИБС при наличии синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокады в качестве антиангинального препарата показан: {

- ~метопролол;
 - ~пропранолол;
 - =амлодипин;
 - ~дилтиазем.
- }

Для профилактики постинфарктного ремоделирования сердца применяют: {

- ~диуретики;
 - ~блокаторы медленных кальциевых каналов;
 - ~β-адреноблокаторы;
 - =ингибиторы АПФ.
- }

Для синдрома Дресслера (постинфарктный синдром) не характерны: {

- ~полисерозиты, перикардит, плеврит;
 - =снижение СОЭ, лейкоцитопения;
 - ~эозинофилия;
 - ~положительная динамика при лечении ГКС.
- }

Для лечения позднего синдрома Дресслера назначают: {

- ~антибиотики;

=глюкокортикоиды;
~антикоагулянты;
~статины.
}

Целью лечения постинфарктной стенокардии является: {

~контроль тропонинов;
~снижение ЦВД;
=снижение риска возникновения ИМ и внезапной смерти;
~проведение КАГ.
}

К факторам риска развития повторных инфарктов миокарда относятся: {

~молодой возраст и перенесенная пневмония;
=сахарный диабет и инфаркт миокарда в анамнезе;
~аллергический фон;
~наследственная предрасположенность.
}

К ранним осложнениям инфаркта миокарда относится: {

~повторный инфаркт миокарда;
=острая сердечная недостаточность;
~синдром Дресслера;
~хроническая аневризма.
}

АКШ показано пациенту: {

~после перенесенного повторного инфаркта миокарда;
~с постинфарктной стенокардией;
=с многососудистым поражением сердца;
~с синдромом Дресслера.
}

Для лечения отека легких при инфаркте миокарда применяют: {

~бета-адреноблокаторы;
=морфин, нитраты, диуретики;
~антиагреганты;
~седативную терапию.
}

Осложнением острейшего периода ИМ является: {

~застойная сердечная недостаточность;
~нарушение реполяризации;
=острая левожелудочковая недостаточность: кардиогенный шок, отек легких;
~синдром Дресслера.
}

К внезапной кардиальной смерти наиболее часто приводит: {

=ИБС;
~порок сердца;
~злоупотребление алкоголем;

~курение.

}

Стрептокиназа при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение: {

=1 часа;

~2 часов;

~3 часов;

~4 часов.

}

Альтеплаза при ОКС с подъемом сегмента ST вводится в течение _____ часов: {

=1,5;

~2;

~3;

~4.

}

При кардиогенном шоке меньше всего уменьшается кровоток в сосудах: {

=скелетных мышц;

~мозга;

~кожи;

~почек .

}

Следует ли обучать пациента, имеющего высокий риск развития ИБС?: {

=да, чтобы выполнял немедикаментозные мероприятия с целью контроля факторов риска;

~нет, чтобы избежать самолечения;

~нет, чтобы избежать развития депрессии;

~нет, чтобы избежать ятрогении.

}

Следует ли обучать больного стенокардией?:{

~да, чтобы больной имел знания о механизмах развития стенокардии;

=да, чтобы знал клинические проявления стенокардии;

~да, чтобы знал общую характеристику лекарственных препаратов, рекомендованных больному;

~нет.

}

Что входит в физический аспект реабилитации больного ИБС?: {

=лечебная физкультура;

~занятие в фитнес-центре;

~ходьба;

~физическая тренировка.

}

Показанием к длительным физическим тренировкам является: {

~недостаточность кровообращения IIБ стадии;

~нестабильная стенокардия;

~недостаточность кровообращения III стадии;

=состояние после операции шунтирования коронарных артерий.
}

Сколько пролетов лестницы должен освоить больной с инфарктом миокарда перед выпиской из стационара?: {

~3;
~5;
=2;
~4.
}

Какое направление является основным в реабилитации больного, перенесшего инфаркт миокарда? {

=двигательный режим;
~физиотерапия;
~респираторная терапия;
~диетокоррекция.
}

При инфаркте миокарда весь период физической реабилитации на стационарном этапе делится на: {

=4 ступени;
~3 ступени;
~2 ступени;
~5 ступеней.
}

При инфаркте миокарда программа физической реабилитации строится после ликвидации угрожающих жизни осложнений на ____ день. {

~3-4;
~4-5;
=2-3;
~5-6.
}

3-ей ступени периода физической реабилитации инфаркта миокарда на стационарном этапе соответствует: {

~палатный;
~постельный;
~общий с выходом на улицу;
=общий режим в пределах отделения.
}

Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит учащение пульса на высоте нагрузки и в первые 3 мин после нее не более чем на ____ ударов в 1 мин. {

~25;
~30;
=20;
~35.
}

Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит повышение АД систолического на _____ мм рт. ст. {

=20- 40;

~15;

~5;

~10.

}

Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит урежение пульса на _____ ударов в 1 мин. {

~20;

=10;

~5;

~15.

}

Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит снижение АД не более чем на _____ мм рт.ст.: {

~5;

~15;

~20;

=10.

}

На санаторном этапе реабилитации больных инфарктом миокарда предусматривается прогулочная ходьба в 2-3 приема общей продолжительностью до _____ час: {

~1;

=2-2,5;

~3;

~4.

}

Темп прогулочной ходьбы на санаторном этапе реабилитации больных должен быть меньше тренировочной примерно на _____ шагов в 1 мин: {

~15;

~5;

=10;

~20;

}

На санаторном этапе реабилитации больных инфарктом миокарда ведущим ориентиром в выборе тренирующих нагрузок и их дозировки являются максимально допустимые в ходе тренировок значения: {

=ЧСС и продолжительность «пиковых» нагрузок;

~АД;

~ЧДД;

~ЧСС.

}

Показателем адекватной реакции больного инфарктом миокарда на физическую нагрузку на стационарном этапе реабилитации служит повышение АД диастолического на _____ мм рт.ст. {

~15-20;

=10-12;

~5;

~30.

}

При окклюзии правой коронарной артерии: {

=примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка;

~никогда не бывает кардиогенного шока;

~инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко;

~никогда не бывает АВ-блокады.

}

Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается: {

=исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса;

~физикальным обследованием;

~эхокардиографией;

~электрокардиографией.

}

При аневризме сердца на ЭКГ выявляют: {

=«застывшую» электрокардиограмму;

~нарушение ритма;

~электрическую альтернацию;

~отрицательный зубец Т.

}

Эхокардиографическим признаком аневризмы ЛЖ является: {

~ФВ $\geq$ 60%;

~гипокинезия стенки;

~низкая ФВ;

=выбухание истонченной стенки левого желудочка.

}

Критерием формирования хронической аневризмы сердца является подъем сегмента ST на ЭКГ, сохраняющийся: {

=более 6 недель;

~в течение 7-10 дней;

~в остром периоде;

~в течение 4 недель.

}

Самым ранним симптомом отека легких является: {

=тахипноэ;

~страх;

~потливость;
~кашель с пенистой мокротой.
}

Повышение содержания в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП соответствует гиперлипопротеидемии _____ типа. {

~I;
~IIA;
=IIB;
~III.
}

Типом гиперпротеидемии, который обусловлен недостаточностью фермента липопротеидлипазы является: {

=I;
~IIA;
~IIB;
~III.
}

Риск внезапной смерти достоверно снижают: {

=бета-блокаторы;
~сердечные гликозиды;
~ингибиторы АПФ;
~статины.
}

Назначение статинов показано при _____ типе гиперлипидемии: {

=III;
~I;
~IV;
~V.
}

К I-A классу антиаритмических препаратов относится: {

=новокаиномид;
~аллапинин;
~лидокаин;
~этацизин.
}

К I-B классу антиаритмических препаратов относится: {

=лидокаин;
~новокаиномид;
~этацизин;
~дизапирамид.
}

К I-C классу антиаритмических препаратов относится: {

~хинидин;
~дизапирамид;
=этацизин;

~новокаиномид.

}

К III классу антиаритмических препаратов относится: {

=амиодарон;

~пропранолол;

~верапамил;

~бисопролол.

}

К IV классу антиаритмических препаратов относится: {

=верапамил;

~лидокаин;

~дигоксин;

~бисопролол.

}

Атриовентрикулярную проводимость замедляет: {

=верапамил;

~лидокаин;

~мексилетин;

~фенитоин.

}

Интервал QT на ЭКГ удлиняет: {

~лидокаин;

~пропранолол;

~бисопролол;

=амиодарон.

}

Ваготропным действием обладает: {

=новокаиномид;

~пропранолол;

~лидокаин;

~пропафенон.

}

Автоматизм синусового узла подавляет: {

=пропранолол;

~дигоксин;

~лидокаин;

~фенитоин.

}

Проводимость дополнительных путей угнетает: {

=амиодарон;

~пропранолол;

~верапамил;

~дигоксин.

}

Для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий используют: {
=бета-адреноблокатор;
~лидокаин;
~мексилетин;
~фенитоин.
}

Для восстановления ритма при фибрилляции предсердий используют: {
~АТФ;
~лидокаин;
~дигоксин;
=новокаиномид.
}

При наджелудочковых нарушениях ритма может быть эффективен: {
=недигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов;
~лидокаин;
~мексилетин;
~фенитоин.
}

При желудочковых нарушениях ритма эффективно применение: {
=кордарона
~блокатора кальциевых каналов;
~дигоксина;
~АТФ.
}

При синдроме удлиненного QT на ЭКГ противопоказан: {
=кордарон;
~лидокаин;
~бисопролол;
~дигоксин.
}

Предвестником жизнеопасных аритмий сердца является: {
~синусовая брадикардия;
~БПНПГ;
=«пробежка» желудочковой тахикардии;
~желудочковая экстрасистола.
}

К жизнеопасным аритмиям относят: {
~ускоренный синусовый ритм;
~идиовентрикулярный ритм;
~АВ блокаду I ст.;
=фибрилляцию желудочков.
}

Нарушением ритма у подростков нуждающимся в лечении, является: {
~миграция водителя ритма;
~суправентрикулярная экстрасистолия;

=желудочковая экстрасистолия III, IV классов по Low;~синусовая аритмия.
}

Лекарственным средством, не являющимся препаратом выбора для лечения аритмий у подростков, является: {

~малые транквилизаторы;
~фенибут;
~бета-блокаторы;
=лидокаин.
}

Абсолютным противопоказанием для применения анаприлина является: {

~инфаркт миокарда;
~глаукома;
=бронхиальная астма;
~застойная сердечная недостаточность I ФК.
}

Проба с бета-адреностимулятором изадрином применяется у больных для: {

~диагностики скрытых нарушений атриовентрикулярной проводимости;
~оценки класса коронарной недостаточности;
~выявления скрытой коронарной недостаточности;
=диагностики синдрома слабости синусового узла.
}

Что характерно для мерцательной аритмии? {

~частота желудочковых комплексов более 120 в мин.;
=отсутствие зубцов Р;
~наличие преждевременных комплексов QRS;
~укорочение интервалов PQ.
}

ЭКГ-критерии, характерные для наджелудочковой экстрасистолии: {

~отсутствие зубца Р и наличие F волн;
~экстрасистолический комплекс QRS расширен, деформирован;
~наличие полной компенсаторной паузы;
=измененный Р перед экстрасистолическим комплексом.
}

Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является: {

~коллапс;
~высокая температура тела;
~учащенный пульс;
=застойные явления в малом круге кровообращения.
}

Какой ЭКГ-критерий характерен для желудочковой экстрасистолии? {

=преждевременный комплекс QRS расширен, деформирован;
~экстрасистолический комплекс похож на основной;
~наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом;
~наличие неполной компенсаторной паузы.
}

При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия? {

~при гипертрофической кардиомиопатии;

=митральном стенозе;

~НЦД;

~миокардите.

}

Приступы Морганьи-Эдамса-Стокса встречаются при: {

~желудочковой экстрасистолии;

~фибрилляция желудочков;

~мерцательной аритмии;

=атриовентрикулярной блокаде.

}

Препаратом для купирования пароксизмальной наджелудочковой тахикардии является: {

~лидокаин;

=финоптин;

~кордарон;

~дигоксин.

}

Препаратом для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является: {

~ритмилен;

~дигоксин;

~финоптин;

=кордарон.

}

Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии? {

=тромбоэмболический синдром;

~инфаркт миокарда;

~гипертонический криз;

~пневмония.

}

Какой признак характерен для синдрома слабости синусового узла? {

~желудочковая экстрасистолия;

=синоаурикулярная (синоатриальная) блокада;

~атриовентрикулярная блокада;

~внутрижелудочковая блокада.

}

Для лечения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта наилучшим средством считается: {

~дигоксин;

~анаприлин;

~новокаиномид;

=кордарон.

}

Какой антиаритмический препарат является наименее безопасным и достаточно эффективным при лечении тахиаритмий, вызванных дигиталисной интоксикацией? {

- ~новокаиномид;
 - =лидокаин;
 - ~изоптин;
 - ~индерал.
- }

У больного постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахиаритмии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика: {

- ~назначить хинидин;
 - ~назначить новокаиномид;
 - =провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма;
 - ~назначить дигоксин.
- }

У больной 55 лет боли за грудиной, не купируются нитроглицерином. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 96. АД 110/70. Внезапно потеряла сознание, захрипела, тонические судороги, дыхания нет, пульса нет. На ЭКГ волнообразная кривая. Терапия? {

- ~введение норадреналина;
 - ~введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно;
 - =электроимпульсная терапия;
 - ~эндокардиальная электростимуляция.
- }

Для контроля ЧСС при фибрилляции предсердий используют: {

- ~мексилетин;
 - ~лидокаин;
 - ~дифенин;
 - =верапамил.
- }

При фибрилляции предсердий для восстановления ритма используют: {

- ~АТФ;
 - =амиодарон;
 - ~лидокаин;
 - ~верапамил.
- }

При наджелудочковых нарушениях ритма эффективен: {

- ~дифенин;
 - ~лидокаин;
 - = β -адреноблокатор;
 - ~мексилетин.
- }

При желудочковых нарушениях ритма не эффективен: {

~лидокаин;
=верапамил;
~амиодарон;
~мексилетин.
}

Предвестником жизнеопасных аритмий сердца является: {

~синусовая брадикардия;
~БПНПГ;
=«пробежки» желудочковой тахикардии;
~желудочковые экстрасистолы.
}

Жизнеопасной аритмией является: {

~ускоренный синусовый ритм;
~идиовентрикулярный ритм;
~АВ блокада I ст;
=фибрилляция желудочков.
}

К аритмиям, при которых может наблюдаться кардиогенный шок, относится: {

=устойчивая желудочковая тахикардия;
~мерцание предсердий;
~АВ блокада 2 степени;
~частая желудочковая экстрасистолия.
}

Пороговой частотой пульса по критериям ВОЗ для возрастной группы 50-59 лет является: {

~170 в мин;
~175 в мин;
~180 в мин;
=140 в мин.
}

Укажите наиболее характерные признаки артериального пульса Pulsus differens: {

=резкое ослабление или отсутствие пульсации на одной лучевой артерии;
~резкое уменьшение величины пульса на обеих лучевых артериях;
~число пульсовых волн на лучевой артерии больше числа сердечных сокращений;
~число пульсовых волн на лучевой артерии меньше числа сердечных сокращений.
}

Какая форма кардиомиопатии наиболее распространена: {

=дилатационная;
~гипертрофическая;
~рестриктивная;
~аритмогенная дисплазия правого желудочка.
}

Фракция выброса левого желудочка у больных дилатационной кардиомиопатией: {

- ~незначительно повышается;
 - ~незначительно снижается;
 - =значительно снижается;
 - ~значительно повышается.
- }

Дилатационная кардиомиопатия развивается: {

- ~в детском возрасте;
 - =в среднем возрасте;
 - ~в пожилом возрасте;
 - ~в любом возрасте.
- }

Для дилатационной кардиомиопатии на ЭКГ характерно: {

- ~наличие дельта волны;
 - ~наличие волны Осборна;
 - ~наличие синдрома QIII SITIII;
 - =отсутствие специфических изменений.
- }

Типичным рентгенологическим признаком дилатационной кардиомиопатии является: {

- ~выпот в полость перикарда;
 - =кардиомегалия;
 - ~уменьшение кардиоторакального индекса;
 - ~расширение сосудистого пучка.
- }

У больных ДКМП при катетеризации сердца не выявляется: {

- ~дилатация полости ЛЖ;
 - ~гипокинезия стенок ЛЖ;
 - ~снижение глобальной сократимости ЛЖ ;
 - =значимый стеноз коронарных артерий.
- }

Для лечения дилатационной кардиомиопатии не применяют: {

- ~сердечные гликозиды;
 - ~бета-блокаторы;
 - ~ингибиторы АПФ;
 - =антагонисты кальция.
- }

Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии, являются: {

- ~сердечные гликозиды;
 - =бета-блокаторы и антагонисты кальция;
 - ~периферические вазодилататоры;
 - ~сердечные гликозиды и нитраты.
- }

При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии противопоказаны: {

- =сердечные гликозиды;
 - ~бета-блокаторы;
 - ~ингибиторы АПФ;
 - ~антагонисты кальция.
- }**

К редким клиническим проявлениям гипертрофической кардиомиопатии относятся: {

- ~боли в грудной клетке;
 - ~сердцебиения;
 - ~синкопальные состояния;
 - =эмболические осложнения.
- }**

Рестриктивная кардиомиопатия характеризуется: {

- ~гипертрофией миокарда желудочков;
 - =нарушением диастолической функции миокарда;
 - ~снижением систолической функции желудочков;
 - ~сниженным системным и легочным венозным давлением.
- }**

В основе развития вторичных кардиомиопатий лежат процессы: {

- ~гипертрофии миокарда;
 - ~некроза миокарда;
 - =дистрофии миокарда;
 - ~воспаления.
- }**

Решающее значение в дифференциальной диагностике между ИБС и дилатационной кардиомиопатией имеет: {

- ~возраст и пол больного;
 - ~высокий уровень липидов в плазме;
 - ~эхокардиография;
 - =коронарография.
- }**

Прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на возможность внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии, является: {

- ~стенокардия напряжения;
 - ~развитие сердечной недостаточности;
 - ~полная блокада левой ножки пучка Гиса;
 - =желудочковая аритмия.
- }**

Для лечения аритмий при гипертрофической кардиомиопатии наиболее показано: {

- ~новокаиномид;
- ~изоптин;
- ~индерал;
- =кордарон.

}

У 6-ной 40 лет боли в сердце при нагрузке, иррадиирующие в левую руку. Длительность 15 мин, снимаются валокордином. АД в норме. Кардиомегалия, систолический шум на верхушке. При ЭхоКГ: толщина МЖП 1,5см, гипокинез перегородки, полость левого желудочка уменьшена, клапаны интактны. Ваш диагноз: {

- ~ИБС, стенокардия напряжения;
 - ~нейроциркуляторная дистония;
 - ~миокардит;
 - =гипертрофическая кардиомиопатия.
- }

Какие изменения на ЭКГ характерны для гипертрофической кардиомиопатии? {

- ~синдром WPW;
 - ~блокада правой ножки пучка Гиса;
 - ~мерцательная аритмия;
 - =глубокий Q в V5-V6.
- }

Какой эхокардиографический признак характерен для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза? {

- ~симметричная гипертрофия стенок левого желудочка;
 - =переднее систолическое движение передней створки митрального клапана;
 - ~утолщение створок аортального клапана;
 - ~симметричная гипертрофия стенок правого желудочка.
- }

У больного 47 лет одышка при нагрузке, отеки ног, сердцебиения. Гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гепатомегалия, 3х-членный ритм на верхушке сердца. Повышение АЛТ и АСТ, холестерин крови 4,5. Клапаны не поражены. Диагноз? {

- ~дилатационная кардиомиопатия;
 - ~миокардит;
 - ~гипертрофическая кардиомиопатия;
 - =алкогольное поражение сердца.
- }

Для подклапанного (субаортального) стеноза характерным ЭХОКГ признаком является: {

- =ускорение кровотока в выносящем тракте левого желудочка;
 - ~уменьшение скорости потока в выносящем тракте левого желудочка;
 - ~спаечный процесс в области комиссур аортального клапана;
 - ~дилатация восходящего отдела аорты.
- }

Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза? {

- =ослабление первого тона на верхушке, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке;
- ~ослабление первого тона на верхушке и систолический шум над аортой;

- ~нормальный первый тон и отсутствие шумов над аортой;
 - ~"металлический" второй тон над аортой и диастолический шум.
- }

Легочное сердце – это {

- ~увеличение правого желудочка сердца при заболеваниях, нарушающих структуру и (или) функцию легких;
 - ~гипертрофия правого желудочка (ПЖ), или сочетание гипертрофии с дилатацией и/или правожелудочковой сердечной недостаточностью;
 - =патологическое состояние, развивающееся вследствие легочной артериальной гипертензии, обусловленной патологией бронхолегочного аппарата, сосудов легких или торако-диафрагмальными нарушениями, которое проявляется гиперфункцией правого желудочка сердца, его гипертрофией и/или дилатацией, и формированием правожелудочковой сердечной недостаточности;
 - ~диастолическая дисфункция правого желудочка.
- }

Под термином легочная гипертензия подразумевается патологический симптомокомплекс в основе которого лежит повышение уровня: {

- =систолического давления в легочной артерии выше 25 мм рт. ст. в покое и среднего давления в ЛА > 20 мм рт. ст.;
 - ~систолического давления в легочной артерии выше 30 мм рт. ст. при физической нагрузке;
 - ~давления в малом круге кровообращения;
 - ~давления заклинивания в легочной артерии более 15 мм рт. ст.
- }

При хроническом легочном сердце легочная гипертензия обусловлена: {

- ~снижением сократительной способности левого желудочка;
 - =поражением эндотелия сосудов малого круга со снижением образования простациклина, оксида азота (NO) и эндотелинрасслабляющего фактора;
 - ~эндотелиальной дисфункцией, приводящей к хроническому снижению продукции вазоконстрикторов, таких как тромбоксан A2 и эндотелин-1;
 - ~поражением эндотелия сосудов большого круга кровообращения.
- }

При хроническом легочном сердце отмечается: {

- =тёмный гипоксемический цианоз;
 - ~периферический цианоз;
 - ~типичное пунцовое окрашивание щек;
 - ~синхронное с пульсом покачивание головы.
- }

Пульсоксиметрия позволяет определить: {

- ~повышение pCO₂ в крови;
 - =коэффициент кислородного насыщения гемоглобина ;
 - ~РН крови;
 - ~вентиляционно-перфузионное соотношение.
- }

ЭКГ признаками легочного сердца являются: {

=Появление во II, III, aVF (иногда в V1) высокоамплитудных с заостренной вершиной зубцов Р;
~высокие зубцы RV5, RV6 (RV6>RV5>RV4;
~регистрация широкого двугорбого зубца Р в отведениях: I, II, aVL, V5, V6;
~депрессия сегменты ST ниже изолинии в левых грудных отведениях.
}

Механизмом действия простаноидов при легочной гипертензии является: {
~уменьшение продукции минералокортикоидов, снижение реабсорбция натрия и выведение калия;
=сосудорасширяющее действие, эндогенная ингибция агрегации тромбоцитов;
~блокада рецепторов эндотелина подтипа А;
~угнетение синтеза альдостерона.
}

Какой из перечисленных препаратов относится к блокаторам рецепторов эндотелина? {
~вальсакор;
~лерканидипин;
=амбризентан;
~вазапростан.
}

Рентгенологическим признаком ХЛС является: {
~расширение второй и третьей дуг левого контура сердца;
=выбухание конуса и ствола легочной артерии в правой передней и реже в прямой проекции;
~увеличение размеров левого предсердия и появление рентгенологических признаков застоя в малом круге кровообращения;
~симптом «матового стекла».
}

При лечении правожелудочковой недостаточности кровообращения на фоне ХЛС предпочтение следует отдать: {
=комбинированному назначению салуретиков в сочетании с спиронолактонами и ингибиторами АПФ;
~сердечным гликозидам;
~продолжительным нитратам;
~ингибиторам АПФ.
}

Эхокардиографическим и эхокардиодоплероскопическим критерием легочного сердца является: {
~увеличение толщины миокарда левого желудочка;
=количественно систолическое давление в легочной артерии;
~объемная перегрузка левого желудочка;
~структурные изменения МК.
}

Закись азота вызывает: {
~повышение парциального давления кислорода в крови;
~урежение ЧСС;

~конкурентное связывание активного каталитического фрагмента АПФ и блокаду перехода ангиотензина I в ангиотензин II;
=уменьшение легочного сосудистого сопротивления.
}

Какие из перечисленных групп препаратов применяются в лечении хронического легочного сердца? {

~бета-адреноблокаторы;
~дофаминомиметики;
~сердечные гликозиды;
=дигидропиридиновые антагонисты кальция.
}

К клиническим проявлениям правожелудочковой недостаточности кровообращения при ХЛС относятся: {

~приступы сердечной астмы;
=положительный симптом Плеша (Plesh- симптом);
~застойные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах с обеих сторон;
~акцент II тона на аорте.
}

Легочная гипертензия при поражении левого желудочка характеризуется: {

=повышением давления заклинивания легочной артерии до 15-18 мм рт. ст. и выше;

~давлением в легочной артерии больше 25 мм рт. ст. в покое или больше 35 мм рт. ст. при нагрузке;
~нормальным или пониженным давлением заклинивания легочной артерии— не больше 10-12 мм рт. ст.;
~снижением систолической функции правого желудочка.
}

К развитию легочного сердца при синдроме Пиквика приводит: {

~ателектаз;
~эмфизема легких;
~пневмосклероз;
=альвеолярная гипервентиляция.
}

Систолическое давление в легочной артерии в норме не превышает_____ мм.рт.ст. {

~20;
=30;
~40;
~50.
}

Критерием диагностики легочной гипертензии является повышение: {

~среднего давления в легочной артерии >15 мм рт. ст.;
~систолического АД в легочной артерии >30 мм рт. ст.;
~давления заклинивания в легочной артерии >15 мм рт. ст.;
=систолического артериального давления в легочной артерии >25 мм рт. ст. в покое.

}

Золотым стандартом диагностики легочной гипертензии является: {

~ЭКГ;

~измерение давления в легочной артерии методом эхокардиографии;

=измерение давления в легочной артерии методом катетеризации;

~анализ газового состава крови.

}

Основным симптомом в диагностике легочной гипертензии является: {

~экспираторная одышка;

=инспираторная одышка;

~кровохарканье;

~тахикардия.

}

К объективному диагностическому критерию легочной гипертензии относится:
{

~пульсация шейных вен;

~периферический цианоз;

~типичное пунцовое окрашивание щек;

=центральный цианоз.

}

Пульсоксиметрия позволяет определить: {

~повышение pCO_2 в крови;

=коэффициент кислородного насыщения гемоглобина ;

~РН крови;

~диффузионную емкость легких.

}

ЭКГ признаком легочной гипертензии является: {

~регистрация широкого зубца Р в отведениях: I, II, aVL;

~высокие зубцы RV5, RV6;

=появление во II, III, aVF высокоамплитудных зубцов R;

~смещение ЭОС влево.

}

Рентгенологическим признаком легочной гипертензии является: {

=выбухание конуса и ствола легочной артерии в правой передней и в прямой проекции;

~расширение второй и третьей дуг левого контура сердца;

~увеличение размеров левого предсердия;

~увеличение размеров левого желудочка.

}

Вентиляционно-перфузионное сканирование легких при легочной гипертензии проводится: {

~для оценки диаметра легочной артерии;

=при подозрении на наличие тромбоэмболии;

~!для оценки трикуспидальной регургитации;

~для оценки состояния сосудистого русла легких.

}

ЭХО кардиография при легочной гипертензии позволяет определить: {

- ~утолщение межжелудочковой перегородки;
- ~толщину миокарда левого желудочка;
- ~объёмную перегрузку правого желудочка;
- =систолическое давление в легочной артерии.

}

Важным критерием диагностики правожелудочковой недостаточности при хроническом легочном сердце является: {

- =положительный симптом Плеша (Plesh- симптом);
- ~приступы сердечной астмы;
- ~застойные мелкопузырчатые хрипы в лёгких;
- ~акцент II тона на аорте.

}

Острый вазореактивный тест с вазодилататорами при легочной гипертензии позволяет определить: {

- ~прогноз заболевания;
- =показания к назначению антагонистов кальция;
- ~выраженность нарушений вентиляции;
- ~показания к назначению простаноидов.

}

Легочная гипертензия характеризуется: {

- ~регургитацией на митральном клапане;
- ~высоким общим периферическим сопротивлением;
- =высоким давлением в легочных сосудах;
- ~высоким давлением в левом предсердии.

}

Легочная гипертензия при поражении левого желудочка характеризуется: {

- ~давлением в легочной артерии > 25 мм рт. ст. в покое или > 35 мм рт. ст. при нагрузке;
- =повышением давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) до 15-18 мм рт. ст. и выше;
- ~нормальным или пониженным давлением заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) — не $> 10-12$ мм рт. ст.
- ~снижением систолической функции правого желудочка.

}

В лечении легочной гипертензии применяются: {

- ~симпатомиметики;
- ~сердечные гликозиды;
- ~бета-блокаторы;
- =антагонисты кальция.

}

Простаноиды при легочной гипертензии оказывают: {

- =сосудорасширяющее действие;
- ~уменьшают продукцию минералокортикоидов;

- ~снижают реабсорбцию натрия;
- ~блокируют рецепторы эндотелина подтипа А (ETA).

}

В лечении идиопатической легочной артериальной гипертензии применяются:

{

- ~дофаминомиметики;
- ~бета-адреноблокаторы;
- =антагонисты кальция дигидропиридинового ряда;
- ~сердечные гликозиды.

}

В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов и: {

- =анатомическим уменьшением сосудистого русла;
- ~повышением внутригрудного давления;
- ~понижением внутригрудного давления;
- ~наличием артерио-венозных шунтов.

}

По течению легочное сердце не делится на: {

- ~острое;
- ~подострое;
- ~хроническое;
- =затяжное.

}

Анализ крови при легочном сердце нередко выявляют: {

- =эритроцитоз;
- ~ускорение СОЭ;
- ~замедление СОЭ;
- ~снижение PaO₂.

}

В развитии острого легочного сердца сосудистого генеза играют роль: {

- =тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА);
- ~астматический статус;
- ~пневмоторакс;
- ~тотальный выпотной плеврит.

}

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение: {

- ~инфузии растворов нитроглицерина;
- =блокаторов кальциевых каналов;
- ~сердечных гликозидов;
- ~антагонистов альдостерона.

}

В основе возникновения легочного сердца лежит гипертензия малого круга, обусловленная спазмом сосудов: {

- ~от гипоксии;

=анатомическим уменьшением сосудистого русла;
~повышением внутригрудного давления;
~понижением внутригрудного давления.
}

Характерным рентгенологическим изменением при ХЛС является: {
~расширение легочной артерии;
~расширение корня аорты;
=дилатация правых отделов сердца;
~дилатация левых отделов сердца.
}

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение: {
~инфузии растворов нитроглицерина;
=блокаторов кальциевых каналов;
~сердечных гликозидов;
~антагонистов альдостерона.
}

Наиболее информативным критерием гипертрофии правого желудочка является: {
=выраженное отклонение оси QRS вправо;
~смещение переходной зоны вправо;
~смещение переходной зоны влево;
~S-тип ЭКГ.
}

На ЭКГ в стадии компенсации при легочной гипертензии выявляется: {
=гипертрофия правого желудочка;
~гипертрофия левого желудочка;
~гипертрофия обоих желудочков;
~гипертрофия левого предсердия.
}

Характерным специфическим признаком гипертрофии правого желудочка на ЭКГ является: {
~увеличение зубца R V6;
~появление S V6;
=увеличение зубца R VI;
~увеличение зубца S VI.
}

Эпицентром сердечного шума при легочной гипертензии является: {
~аорта;
=легочная артерия;
~т. Боткина;
~верхушка.
}

На ЭхоКГ при легочной гипертензии: {
~увеличение левого предсердия;

~увеличение правого предсердия;
~увеличение левого желудочка;
=увеличение правого желудочка;
}

На ЭКГ в стадии компенсации при легочной гипертензии выявляется: {

~дилатация правого желудочка;
=гипертрофия правого желудочка;
~гипертрофия левого желудочка;
~дилатация левого желудочка.
}

Для легочного сердца характерна гипертрофия: {

=правого желудочка;
~левого желудочка;
~левого предсердия;
~обоих предсердий.
}

Укажите изменения при хроническом легочном сердце: {

~анемия;
=эритроцитоз;
~тромбоцитоз;
~тромбоцитопения.
}

Наличие гипертрофии правого желудочка не характерно для: {

~стеноза левого атриовентрикулярного отверстия;
=стеноза правого атриовентрикулярного отверстия;
~хронического легочного сердца;
~стеноза легочной артерии.
}

Изменением II тона сердца, при повышении давления в легочной артерии и выраженной гипертрофии правого желудочка, является: {

~ослабление II тона на легочной артерии;
~только акцент II тона на легочной артерии;
=акцент и расщепление II тона на легочной артерии;
~только расщепление II тона на легочной артерии;
}

Для хронической правожелудочковой недостаточности характерно следующее: {

~цианоз;
~отеки;
=положительный венный пульс;
~нормальные границы сердца.
}

Признаками правожелудочковой сердечной недостаточности являются: {

~уменьшение сердечного выброса;
~повышение конечного диастолического давления;

~миогенная дилатация;
=застой крови в венозном русле большого круга кровообращения.
}

Заболеванием, чаще всего приводящим к развитию хронического легочного сердца, является: {

=ХОБЛ;
~саркоидоз;
~фиброзирующий альвеолит;
~ожирение.
}

Изменением в легких при синдроме Пиквика, приводящим к развитию легочного сердца, является: {

~пневмосклероз;
~эмфизема легких;
~ателектаз;
=альвеолярная гиповентиляция.
}

Признаком не характерным для больного с хроническим легочным сердцем, является: {

~одышка;
=акроцианоз;
~блокада правой ножки пучка Гиса;
~бочкообразная грудная клетка.
}

Препаратами, не входящими в объем лечения при ХЛС, являются: {

~антагонисты кальция;
~блокаторы РААС;
~диуретики;
=антибиотики.
}

Препаратами, снижающими давление в малом круге кровообращения, являются: {

=антагонисты кальция;
~иАПФ;
~диуретики;
~бета-блокаторы.
}

Лекарственными препаратами, не применяющимися при декомпенсированном хроническом легочном сердце, являются: {

=бета-блокаторы;
~антагонисты кальция группы нифедипина;
~иАПФ;
~диуретики.
}

Характерным физикальным признаком у пациентов с хроническим легочным сердцем является: {

- =набухание и/или пульсация яремных вен шеи;
 - ~выраженная пульсация сонных артерий;
 - ~жесткое дыхание и сухие базовые хрипы;
 - ~амфорическое дыхание.
- }

Легочное сердце развивается при: {

- ~поражении эндокринных органов;
 - =поражении легочных сосудов;
 - ~эссенциальной гипертензии;
 - ~выраженном ожирении.
- }

При ХОБЛ формируется сердце: {

- ~эмфизематозное;
 - ~"волосатое";
 - ~"тигровое";
 - =легочное.
- }

Макроскопической характеристикой легочного сердца является: {

- ~консистенция дряблая;
 - ~извитые сосуды под эпикардом;
 - ~гипертрофия левого желудочка;
 - =гипертрофия правого желудочка.
- }

Причиной развития легочного сердца является: {

- ~гипертензия;
 - ~перикапиллярный склероз;
 - ~интракапиллярный склероз;
 - =гипертензия малого круга кровообращения.
- }

"Легочное сердце" может возникнуть при: {

- ~гипертонической болезни;
 - ~гипертиреозе;
 - ~миокардите;
 - =хроническом обструктивном бронхите.
- }

Признаком недостаточности правых отделов сердца является: {

- ~снижение артериального давления;
 - =повышение центрального венозного давления (ЦВД);
 - ~снижение ЦВД;
 - ~анемия.
- }

Основная причина развития легочного сердца у больного ХОБЛ: {

- ~деформация бронхиального дерева;

=обструкция дыхательных путей;
~гипоксия и длительный спазм артерий легких;
~понижение давления в бронхиолах и альвеолах .
}

Косвенным признаком наличия гипоксии у больного ХЛС является: {

=пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол;
~диффузный теплый цианоз;
~акроцианоз;
~одышка.
}

Признаком, не характерным для больного с ХЛС, является: {

~одышка;
~тахикардия;
=ортопноэ;
~блокада правой ножки пучка Гиса.
}

Легочно-сердечная недостаточность не имеет следующую стадию: {

~I;
~II;
=фазы А и Б II стадии;
~III.
}

Систолическое давление в легочной артерии в норме: {

~не превышает 20 мм. рт. ст.;
=не превышает 30 мм. рт. ст.;
~не превышает 40 мм. рт. ст.;
~выше 40 мм. рт. ст.
}

Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологическом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает: {

=30 мм. рт. ст.;
~10 мм. рт. ст.;
~20 мм. рт. ст.;
~40 мм. рт. ст.
}

Самый ранний симптом отека легких: {

=тахипноэ;
~страх;
~потливость;
~кашель с пенистой мокротой.
}

К блокаде рецепторов эндотелина относится: {

~лерканидипин;
~вальсакор;

=амбризентан;
~вазапростан.
}

К селективному ингибитору фосфодиэстеразы 5 подтипа относится: {

~вазапростан;
~даксас;
~бозентан;
=силденафил.
}

Какое положение принимает электрическая ось сердца при гипертрофии правого желудочка? {

~отклоняется влево;
=отклоняется вправо;
~горизонтальное;
~изоэлектрическое.
}

При декомпенсированном легочном сердце применяют: {

~недигидропиридиновые антагонисты кальция
~сердечные гликозиды;
=кровопускания с введением реополиглюкина;
~бета-блокаторы.
}

Наиболее информативным критерием гипертрофии правого желудочка является: {

=выраженное отклонение оси QRS вправо;
~смещение переходной зоны вправо;
~выраженное отклонение оси QRS влево;
~признаки блокады правой ножки пучка Гиса.
}

При инфекционном эндокардите к малым критериям в качестве проявления заболевания относят: {

=порок сердца;
~появление новой регургитации;
~выявление типичных для инфекционного эндокардита микроорганизмов;
~абсцесс фиброзного кольца.
}

При инфекционном эндокардите к большим критериям в качестве проявления заболевания относят: {

~наличие порока сердца;
~вмешательства, сопровождаемые возникновением бактериемии;
~наличие гипертрофической кардиомиопатии;
=признаки вовлечения эндокарда при ЭХО-КГ.
}

При инфекционном эндокардите риск быстрого развития эмболии крупных артерий повышается при: {

- ~лихорадке 38°C;
- =вегетациях с большой амплитудой осцилляций;
- ~наличии вегетации на хордах;
- ~появлении новой регургитации.

}

При инфекционном эндокардите риск быстрого развития деструктивных изменений клапанного аппарата сердца повышается при наличии: {

- =золотистого стафилококка - причина эндокардита;
- ~вегетации в диаметре более 1 см;
- ~грибкового эндокардита;
- ~мелких геморрагических высыпаний на коже.

}

Осложнением, резко ухудшающим прогноз жизни, у больных инфекционным эндокардитом является: {

- ~экссудативный перикардит;
- ~микрогематурия;
- ~гломерулонефрит;
- =внутрисердечный абсцесс.

}

Осложнением, требующим экстренного хирургического вмешательства, у больных инфекционным эндокардитом является: {

- ~экссудативный перикардит;
- ~микрогематурия;
- ~гломерулонефрит;
- =внутрисердечный абсцесс.

}

Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных без аллергии к пенициллину назначается: {

- ~гентамицин;
- ~пенициллин;
- =пенициллин в сочетании с гентамицином;
- ~ампициллин в сочетании с гентамицином.

}

Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют: {

- ~гентамицин;
- ~пенициллин в сочетании с гентамицином;
- ~ампициллин в сочетании с гентамицином;
- =ванкомицин в сочетании с гентамицином.

}

Для терапии энтерококкового эндокардита, у больных с резистентностью к гентамицину и стрептомицину используют: {

- ~пенициллин;
- ~ампициллин в сочетании с гентамицином;
- ~ванкомицин в сочетании с гентамицином;
- =ампициллин или ванкомицин длительно (8-12 недель) и хирургическое лечение.

}

Для лечения стафилококкового эндокардита, у больных имеющих аллергию к пенициллину используют: {

- =ванкомицин;
 - ~пенициллин;
 - ~нафциллин или оксациллин;
 - ~нафциллин или оксациллин в сочетании с гентамицином.
- }

Для лечения стрептококкового эндокардита, вызванного зеленым стрептококком, бычьим стрептококком (чувствительные к пенициллину - минимальная ингибиторная концентрация менее 0,1 мкг/мл): {

- =пенициллин в комбинации с гентамицином;
 - ~цефазолин;
 - ~ампициллин;
 - ~пенициллин.
- }

Для лечения стрептококкового эндокардита вызванного зеленым стрептококком, бычьим стрептококком (относительно резистентные к пенициллину - минимальная ингибиторная концентрация 0,1 - 0,5 мкг/мл) используют: {

- ~цефазолин;
 - ~пенициллин в комбинации с гентамицином;
 - ~цефтриаксон;
 - =ванкомицин.
- }

Для лечения стрептококкового эндокардита, при наличии аллергии к пенициллину используют: {

- ~цефазолин;
 - =ванкомицин+гентамицин;
 - ~пенициллин;
 - ~пенициллин в комбинации с гентамицином.
- }

Для лечения эндокардита вызванного метициллин - устойчивыми стафилококками у больных с клапанными протезами или имплантированными устройствами используют: {

- =ванкомицин в сочетании с рифампицином и с гентамицином;
 - ~нафциллин или оксациллин в сочетании с рифампицином и гентамицином;
 - ~ванкомицин;
 - ~нафциллин.
- }

Абсолютным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является: {

- ~высокая лихорадка;
- ~возникновение сердечной недостаточности в связи с поражением клапанных структур;
- ~резистентность к терапии антибиотиками, постоянная бактериемия, грибковый эндокардит;

=длительно сохраняющаяся лихорадка у больных с эндокардитом и отрицательными посевами крови.
}

Относительным показанием для хирургического лечения больных инфекционным эндокардитом является: {

=высокая лихорадка;
~сердечная недостаточность в связи с поражением клапанных структур;
~нарушение функции искусственного клапана;
~резистентность к терапии антибиотиками.
}

Для лечения стафилококкового эндокардита с метициллин-резистентными штаммами используют: {

=ванкомицин;
~оксациллин;
~нафциллин или оксациллин в сочетании с гентамицином;
~цефазолин в сочетании с гентамицином.
}

В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет: {

~гепатоспленомегалия;
~аускультативная динамика шумов сердца;
~нарастание сердечной недостаточности;
=вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании.
}

Инфекционный эндокардит чаще всего встречается при: {

~дилатационной кардиомиопатии;
~врожденном пороке сердца;
=ревматизме ;
~миокардите.
}

В диагностике инфекционного эндокардита решающее значение имеет наличие:

{
~увеличение СОЭ;
~анемии;
~увеличение селезенки;
=«вегетации» на клапанах.
}

Основными клиническими признаками инфекционного эндокардита являются:
{

~кожные васкулиты;
~шумы в сердце;
~тромбоэмболии;
=лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$ с ознобом и спленомегалия.
}

Какой из симптомокомплексов типичен для инфекционного эндокардита? {
~лихорадка, анемия, спленомегалия, плеврит, альбуминурия, креатинемия;

=лихорадка, анемия, спленомегалия, протодиастолический шум у основания сердца, гематурия, креатинемия;
~лихорадка, анемия, спленомегалия, желтуха, ретикулоцитоз, микросфероцитоз;
~лихорадка, панцитопения, гепатоспленомегалия, асцит, желтуха, носовые кровотечения.
}

Какое лечение следует назначить больному инфекционным эндокардитом при отрицательных результатах посева крови? {

~пенициллин;
~аминогликозид;
~цефалоспорины;
=цефалоспорины+аминогликозиды.
}

У спортсмена $t\ 39^{\circ}\text{C}$, озноб, одышка в покое. Кожа бледно-желтая, петехии на ногах. В легких немного влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в т. Боткина. ЧСС 106, АД 120/40 мм РТ. ст.. Печень + 5 см, болезненная. Голени пастозны. Можно думать о: { ~пневмонии;

=инфекционный эндокардите;
~цирроз печени;
~ревмокардите.
}

При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является: {

~норадреналин;
~преднизолон;
~хлористый кальций;
=адреналин.
}

После первичной остановки сердца сознание исчезает через _____ секунд: {
=10;
~30;
~60;
~3.
}

У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, но нарастают явления выраженной сердечной недостаточности. Больной получает диуретики, сердечные гликозиды. Пульс 112 уд/мин. АД 140/20. Тактика: {

~увеличить дозу антибиотиков;
~произвести плазмаферез;
~увеличить дозу диуретиков;
=направить на хирургическое лечение.
}

При желудочно-кишечных и урологических вмешательствах для профилактики инфекционного эндокардита рекомендуется назначать антибиотики чувствительные к: {

~пневмококку;

~менингококку;
~стрептококку;
=энтерококку.
}

При стоматологических и других вмешательствах в полости рта, носа или в полости среднего уха, сопровождаемых кровотечением, рекомендуется проводить профилактику гематогенного распространения: {

~энтерококка;
~менингококка;
~пневмококка;
=зеленящего стрептококка.
}

Миокардит это: {

~воспаление сердечной мышцы неясной этиологии;
~воспаление сердечной мышцы, связанное с атеросклеротическим поражением коронарных артерий;
=воспаление сердечной мышцы, вызываемое прямым или опосредованным действием инфекционного или неинфекционного агента;
~воспаление сердечной мышцы, обусловленное только вирусной или бактериальной природой.
}

Наиболее распространенной причиной миокардита является: {

=вирусная инфекция;
~бактериальная инфекция;
~ТЭЛА;
~паразитарная инвазия.
}

Какие вирусы являются самыми частыми возбудителями миокардита? {

~парагриппа;
=коксаки;
~эпидемического паротита;
~ветряной оспы.
}

В биохимическом анализе крови при миокардите обнаруживают: {

=умеренное повышение МВ-КФК и тропонинов;
~тромбоцитопению;
~гипохромную анемию;
~гипогаммаглобулинемию.
}

Какой метод является наиболее информативным для диагностики миокардита: {

~биохимический анализ крови;
=эндомиокардиальная биопсия;
~проба с физической нагрузкой;
~рентгенография органов грудной клетки.
}

Далласские критерии миокардита основаны на данных: {

- ~ЭКГ;
 - ~ЭХОКГ;
 - ~МРТ;
 - =эндомиокардиальной биопсии.
- }**

Основными причинами миокардитов является: {

- =инфекция;
 - ~паразитарные инвазии;
 - ~неинфекционные агенты (лекарственные вещества, вакцины, сыворотки, термические и радиохимические воздействия);
 - ~идиопатические факторы.
- }**

В какой период инфекционного заболевания наиболее часто развивается миокардит? {

- ~в первые дни, на высоте лихорадочного периода;
 - =в фазе ранней реконвалесценции (конец первой недели или на второй неделе от начала заболевания);
 - ~в фазе поздней реконвалесценции (3 неделя);
 - ~в фазе поздней реконвалесценции (позже 3-й недели).
- }**

Какие жалобы наиболее характерны для миокардита?: {

- =сердцебиение, одышка;
 - ~сердцебиение, обмороки;
 - ~головокружения, одышка;
 - ~температура, сухой кашель.
- }**

Какие ЭКГ-признаки наиболее характерны для миокардита? {

- ~низкий вольтаж ЭКГ, ширина комплекса PQ=0,22 с, QRS=0,12 с;
 - =смещение сегмента ST ниже изолинии и отрицательный T;
 - ~конкордантный подъем сегмента ST;
 - ~дискордантный подъем сегмента ST.
- }**

Какой рентгенологический признак является общим для миокардита и экссудативного перикардита? {

- =кардиомегалия;
 - ~отсутствие дуг по контурам сердечной тени;
 - ~отсутствие застоя в легких;
 - ~укорочение тени сосудистого пучка.
- }**

У больного 47 лет перебои в работе сердца, боли в крупных суставах. За 3 недели до этого лихорадка 38,5° боли в животе и жидкий стул 10 дней. На ЭКГ PQ=0,24-0,34 сек с выпадением QRS, лейкоциты $12,9 \times 10^9$, СОЭ 35 мм/час, сиаловая кислота 270 ед. Диагноз? {

- ~ИБС;

- ~ревматический миокардит;
- ~инфекционно-аллергический миокардит;
- =йерсиниозный миокардит.

}

У больного через 3 недели после ангины слабость, АД 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца. Появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 недель появилась гнусавость голоса. О каком заболевании следует думать? {

- ~инфекционно-аллергический миокардит;
- =дифтерия, инфекционно-токсический миокардит;
- ~ревматический миокардит;
- ~дилатационная кардиомиопатия.

}

Наиболее частой причиной констриктивного перикардита является: {

- ~травма;
- ~оперативное вмешательство на сердце;
- =туберкулез;
- ~уремия;

}

Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит? {

- ~измерение ЦВД;
- =рентгенография грудной клетки;
- ~ФКГ;
- ~ЭКГ.

}

Заболевание, с которым чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит: {

- ~диафрагмальная грыжа;
- ~пептическая язва пищевода;
- =инфаркт миокарда;
- ~миокардит.

}

Ваша тактика при перикардитах неясного генеза: {

- ~пробное противоревматическое лечение;
- ~лечение антибиотиками широкого спектра действия;
- =пробное лечение противотуберкулезными препаратами;
- ~пробное лечение кортикостероидами.

}

Для перикардита характерны: {

- =усиление или вновь появляющиеся боли за грудиной, носящие постоянный пульсирующий характер;
- ~боли усиливающиеся на выдохе;
- ~аускультативно – крепитации над всеми полями легких;
- ~систолический шум на верхушке.

}

Недостаточность кровообращения по большому кругу, небольшие размеры сердца, отсутствие при пальпации верхушечного толчка характерны для: {

- ~кардиомиопатии;
 - ~ревматического порока;
 - ~легочного сердца;
 - =констриктивного перикардита.
- }

У больного 47 лет через 6 мес. после лобэктомии по поводу периферического рака легкого и рецидивирующей ТЭЛА, в связи с мигрирующим тромбофлебитом нижних конечностей, усиление одышки, выявлено увеличение тени сердца, снижение вольтажа ЭКГ, при ЭхоКГ - сепарация листков перикарда 2-2,2 см и около 1 литра жидкости в полости перикарда. Гистологический вариант опухоли - аденокарцинома. В связи с установкой кава-фильтра постоянно принимал варфарин по 2,5 мг в день; протромбин 60%. Причина накопления жидкости в перикарде: {

- ~неинфекционный гидроперикардит;
 - ~инфекционный выпотной перикардит (неспецифический или туберкулезный);
 - =метастатическое поражение перикарда;
 - ~гемиперикард как осложнение терапии антикоагулянтами.
- }

Аускультативным симптомом митральной регургитации является: {

- =систолический шум у верхушки сердца;
 - ~систолический шум у мечевидного отростка;
 - ~систолический шум во 2 межреберье справа от грудины;
 - ~систолический шум во 2 межреберье слева от грудины.
- }

Признаком митральной недостаточности является: {

- ~хлопающий I тон у верхушки сердца;
 - =ослабление I тона у верхушки сердца;
 - ~усиленный I тон во 2ом межреберье справа от грудины;
 - ~ослабленный I тон справа от грудины в 4 межреберье.
- }

Характерным ЭКГ признаком митральной недостаточности является: {

- =гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией левого желудочка;
 - ~гипертрофия левого предсердия в сочетании с гипертрофией правого желудочка;
 - ~сочетанная гипертрофия левого и правого предсердия;
 - ~гипертрофия правого предсердия и правого желудочка.
- }

Аускультативным признаком митрального стеноза является диастолический шум: {

- =у верхушки сердца;
 - ~во 2 межреберье справа от грудины;
 - ~во 2-3 межреберье слева от грудины;
 - ~в 4 межреберье у правого края грудины.
- }

Аускультативным признаком митрального стеноза является: {
=усиление I тона у верхушки сердца в сочетании с тоном открытия митрального клапана и диастолический шум с пресистолическим усилением;
~ослабление I тона у верхушки сердца в сочетании с патологическим III тоном;
~систолический шум во 2ом межреберье справа в сочетании с расщеплением II тона;

~систолический шум во 2 межреберье справа в сочетании с расщеплением I тона.
}

Мягкой степени тяжести митрального стеноза соответствует площадь митрального отверстия: {
=более 1,5 см²;
~менее 1,0 см²;
~более 2,0 см²;
~4,0 см².
}

Тяжелой степени митрального стеноза соответствует: {
~1-1,5 см²;
=менее 1 см²;
~более 1,5 см²;
~более 2,0 см².
}

Аускультативным признакам аортальной недостаточности является: {
~систолический шум во 2 межреберье справа;
=диастолический шум справа во 2 межреберье и в V точке;
~акцент II тона справа во 2 межреберье;
~ослабление II тона справа во 2 межреберье.
}

Аортальной недостаточности свойствен следующий симптом: {
=увеличение сердечной тени влево и вниз;
~увеличение сердечной тени влево и вверх;
~увеличение сердечной тени вправо;
~сглаженная талия сердца.
}

Для мягкой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации при ЭхоКГ: {
=менее 30 мл/уд;
~более 60 мл/уд;
~30-59 мл/уд;
~менее 20 мл/уд.
}

Для тяжелой степени аортальной регургитации характерен объем регургитации на ЭхоКГ: {
=более 60 мл/уд;
~менее 60 мл/уд;
~менее 30 мл/уд;
~30-40 мл/уд.

}

Аускультативным симптомом аортального стеноза является: {

~систолический шум нежного тембра, иррадиирующий в левую подмышечную ямку;

=систолический шум грубого тембра во 2 межреберье справа, иррадиирующий на сонную артерию;

~систолический шум мягкого тембра во 2 межреберье слева;

~акцент II тона на аорте.

}

При стенозе аорты на ЭхоКГ площадь отверстия составляет: {

=не более 1,5 см²;

~3,5-4,0 см²;

~не менее 6,0 см²;

~не менее 5,0 см².

}

При пальпации сердца на верхушке выявляется дрожание, не совпадающее с пульсацией а. carotis. Это характерно для: {

~аортальной недостаточности;

~митральная недостаточности;

~аортального стеноза;

=митрального стеноза.

}

Изменения границ относительной тупости сердца: правая граница на 1 см вправо от правого края грудины, левая по передней аксиллярной линии, верхняя III ребро, характерны для порока сердца: {

~митрального стеноза;

~митральной недостаточности;

~недостаточности трехстворчатого клапана;

=аортального порока.

}

Для митральной конфигурации сердца характерна: {

~«треугольная» форма сердца;

~смещение вправо правой границы;

=смещение вверх верхней границы и сглаживание «тали» сердца;

~смещение левой границы влево и правой вправо.

}

Дайте название следующему шуму: у больного митральным стенозом с признаками выраженной легочной артериальной гипертензии во II–IV межреберье слева от грудины выслушивается мягкий шум, начинающийся сразу после II тона: {

~шум Флинта ;

~«шум волчка»;

~шум Кумбса;

=шум Грэхем-Стилла.

}

Обмороки, головокружение и стенокардия при физической нагрузке характерны для: {

- ~недостаточности аортального клапана;
 - ~дефекта межжелудочковой перегородки;
 - =стеноза устья аорты;
 - ~полной AV-блокады.
- }

Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при возникновении мерцательной аритмии? {

- ~значительно усиливается;
 - ~не изменяется;
 - =исчезает;
 - ~уменьшается.
- }

Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза? {

- ~систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе;
 - ~акцент и раздвоение второго тона над аортой;
 - ~систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе;
 - =дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от второго тона на 0,07-0,12 сек.
- }

При митральном стенозе наблюдается: {

- ~отклонение пищевода по дуге большого радиуса;
 - =отклонение пищевода по дуге малого радиуса;
 - ~увеличение левого желудочка;
 - ~расширение восходящей аорты.
- }

Больные с митральным стенозом предъявляют жалобы на: {

- ~головокружения;
 - ~сжимающие боли за грудиной при ходьбе;
 - =кровохарканье;
 - ~обмороки.
- }

Причиной митрального стеноза может быть: {

- =ревматизм;
 - ~инфекционный эндокардит;
 - ~ревматоидный артрит;
 - ~муковисцидоз.
- }

Клиническим проявлением трикуспидальной регургитации являются: {

- ~акроцианоз;
 - =гепатомегалия;
 - ~одышка;
 - ~влажные хрипы в легких.
- }

При рентгенографии у больных с трикуспидальной регургитацией выявляется: {

- ~плевральный выпот;
 - ~высокое стояние диафрагмы;
 - =дилатация правых отделов сердца;
 - ~дилатация левых отделов.
- }**

Аускультативным признаком сочетанного митрального порока сердца с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является: {

- ~усиление второго тона на верхушке сердца;
 - ~систолический шум во втором межреберье справа от грудины;
 - ~систолический шум во втором межреберье слева от грудины;
 - =мезодиастолический шум.
- }**

Аускультативным признаком сочетанного аортального порока с преобладанием недостаточности является: {

- ~усиление второго тона сердца над аортой;
 - ~систолический шум во втором межреберье слева от грудины;
 - ~систолический шум на верхушке;
 - =систолический и протодиастолический шум над аортой.
- }**

Клапанная митральная недостаточность диагностируется в случае: {

- ~расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках;
 - =неполного смыкания створок митрального клапана из-за их органического изменения;
 - ~дисфункции папиллярных мышц;
 - ~разрыва хорды.
- }**

Симптомы, характерные для аускультативной картины недостаточности митрального клапана: {

- ~систолический шум у основания сердца;
 - ~хлопающий первый тон;
 - ~мезодиастолический шум;
 - =систолический шум на верхушке.
- }**

Какой симптом объединяет такие заболевания, как анемия, тиреотоксикоз, пролапс митрального клапана, разрыв папиллярных мышц, ревматический митральный порок? {

- ~диастолический шум на верхушке;
 - ~систо-диастолический шум;
 - ~шум Флинта;
 - =систолический шум на верхушке.
- }**

Какой признак характерен для митральной недостаточности? {

- ~пульсация печени;

~астеническая конституция;
=увеличение сердца влево;
~дрожание у левого края грудины.
}

Какой симптом характерен для больных со стенозом устья аорты? {

~диффузный цианоз кожных покровов;
~акроцианоз;
=бледность кожных покровов
~симптом "Мюссе".
}

При каком пороке наблюдается максимальная гипертрофия миокарда левого желудочка? {

~недостаточность аортального клапана;
=стеноз устья аорты;
~стеноз митрального клапана;
~недостаточность трикуспидального клапана.
}

У 6-го 15 лет смещение верхушечного толчка влево, границы смещены влево и вверх, сердечная талия сглажена. На верхушке ослабление 1 тона, систолический шум, акцент 2 тона над легочной артерией. При Р-графии увеличение левых отделов сердца. Диагноз: {

~сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
=недостаточность митрального клапана;
~недостаточность устья аорты;
~стеноз устья аорты.
}

У больного уровень АД на руках различается на 50 мм рт.ст. Два года назад лечился по поводу тонзиллогенного сепсиса. При исследовании шумы на бедренных и правой сонной артериях. С какой нозологией, скорее всего, связана асимметрия давления? {

~коарктация аорты;
~стеноз правой сонной артерии атеросклеротического генеза;
~узелковый периартериит;
=неспецифический аортоартериит.
}

При митральном стенозе: {

~возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка;
=возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка;
~выслушивается диастолический шум в точке Боткина;
~выслушивается систолический шум на верхушке сердца.
}

Щелчок открытия митрального клапана: {

=возникает через 0,06-0,12 сек после закрытия аортальных клапанов;
~характерен для митральной недостаточности;
~характерен для аортального стеноза;
~лучше всего выслушивается в точке Боткина.

}

Какое из приведенных положений верно в отношении митральной недостаточности?{

~всегда ревматической этиологии;

=пролапс митрального клапана самая частая причина неревматической митральной недостаточности;

~выслушивается диастолический шум на верхушке сердца

~первый тон на верхушке усилен;

}

Обструкция выхода из левого желудочка может быть связана с: {

~митральным стенозом;

=идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом;

~стенозом легочной артерии;

~митральной недостаточностью.

}

Для аортального стеноза характерно: {

~мерцательная аритмия;

=синкопальные состояния;

~кровохарканье;

~одышка.

}

Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является: {

~инфаркт миокарда;

~инфекционный эндокардит;

~перикардит;

=ревматическая лихорадка.

}

Дополнительным методом исследования, применяемым для диагностики пороков сердца, является: {

~коронароангиография с вентрикулографией;

~сцинтиграфия сердца с таллием для визуализации порока;

=эхокардиография с доплероанализом;

~проба с физической нагрузкой – велоэргометрия.

}

Большинство больных с клапанным аортальным стенозом умирает: {

~внезапной смертью;

~в течение 4-5 лет от момента возникновения порока;

=в течение 4-5 лет от момента возникновения болей в сердце, одышки, синкопальных состояний и сердечной недостаточности;

~от инфаркта миокарда.

}

Если у больного с длительно существующим митральным пороком уменьшились одышка и симптомы легочной гипертензии и стали нарастать отеки, гепатомегалия, асцит, следует думать о: {

~прогрессировании митрального стеноза;
~прогрессировании митральной недостаточности с развитием сердечной недостаточности;
=развитии трикуспидальной недостаточности и правожелудочковой недостаточности;
~развитии аортального порока.
}

Шум Флинта обусловлен: {
~относительной митральной недостаточностью;
=относительным митральным стенозом;
~высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии;
~аортальной недостаточностью.
}

Каким отделом сердца образована правая граница относительной тупости? {
=правым предсердием;
~правым желудочком;
~левым желудочком;
~ушком левого предсердия и *conus pulmonalis*.
}

Левая граница относительной тупости сердца образована: {
~правым предсердием;
~правым желудочком;
=левым желудочком;
~аортой (восходящая часть).
}

Каким отделом сердца образована верхняя граница относительной тупости? {
~правое предсердие;
~левый желудочек;
=ушко левого предсердия и *conus pulmonalis*;
~аорта (восходящая часть).
}

Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются: {
~диуретики;
~препараты центрального действия;
=β-адреноблокаторы;
~α-адреноблокаторы.
}

Препаратом выбора для лечения пациентов с АГ и нарушениями ритма (синусовая брадикардия, синдром слабости синусового узла, АВ- блокады) является: {
~альфа-блокатор;
~петлевой диуретик;
=дигидропиридиновый антагонист кальция;
~тиазидовый диуретик.
}

Развитие толерантности к нитратам обусловлено: {

- ~вазодилатацией с задержкой в организме пациента хлорида натрия и воды;
- ~временной гиперактивацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон;
- ~значительным снижением активации симпато-адреналовой системы;
- =снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.

}

В передней прямой проекции при рентгенографии грудной клетки вторая дуга по левому контуру образована: {

- ~дугой восходящей аорты;
- ~ушком левого предсердия;
- =легочной артерией;
- ~нисходящей аортой.

}

Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение: {

- ~стоя с опорой рук о спинку стула;
- ~вертикальное;
- ~лежа на левом боку с приведенными к животу ногами;
- =на корточках.

}

Во время проведения нагрузочного тредмил-теста на экране монитора зарегистрирована тахикардия с широкими комплексами, поэтому необходимо прекратить исследование: {

- =при любом генезе изменений, которые не ясны;
- ~из-за частотозависимой блокады левой ножки пучка Гиса;
- ~из-за пароксизма наджелудочковой тахикардии с абберацией внутрижелудочкового проведения;
- ~из-за пароксизма желудочковой тахикардии.

}

Больным старше 80 лет, с ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом и гипертонической болезнью II ст., целесообразно назначить: {

- =«сухие» углекислые ванны, магнитолазеротерапию воротниковой области;
- ~пелоидотерапию температурой 38-40°C, ПеМП на затылочную область;
- ~общие радоновые ванны, лазерную терапию на область сердца;
- ~общие скипидарные ванны, ультрафонофорез гидрокортизона.

}

Гестационной называют АГ, которая: {

- ~зарегистрирована во время первого триместра беременности;
- ~развилась после 20 недели беременности и сохраняется более 12 недель после родов;
- =развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов;
- ~сопровождается протеинурией.

}

Синкопальные состояния, головокружение, коронарная недостаточность и одышка чаще всего встречаются при: {

=гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка;

~дилатационной кардиомиопатии;

~постинфарктном кардиосклерозе;

~недостаточности аортального клапана.

}

К ЭКГ критериям желудочковой экстрасистолы относят: {

~измененный зубец Р перед экстрасистолическим комплексом;

=комплекс QRS преждевременный, расширен, деформирован;

~наличие неполной компенсаторной паузы;

~комплекс QRS преждевременный, не расширен.

}

Причиной тромбоза воротной вены и её ветвей является дефицит: {

~витамина К;

=протеинов С и S;

~алкогольдегидрогеназы;

~иммуноглобулина G.

}

Основным преимуществом ИАПФ в лечение пациентов с АГ является: {

~уменьшение объема циркулирующей крови;

~снижение сердечного выброса;

=профилактика ремоделирования сосудов;

~снижение частоты сердечных сокращений.

}

Струйное введение хлорида кальция наиболее показано при: {

~желудочковой пароксизмальной тахикардии;

~фибрилляции желудочков;

=передозировке верапамила с артериальной гипотензией;

~массивной кровопотере.

}

Препаратами выбора при лечении гипертонической болезни у больных, перенесших инфаркт миокарда, считаются: {

~недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

~тиазидные диуретики;

~дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов;

=бета-адреноблокаторы.

}

I стандартное отведение является: {

~монополярным;

~усиленным;

~нейтральным;

=биополярным.

}

Зофеноприл относится к препаратам: {

- =содержащим сульфгидрильную группу;
- ~блокирующим рецепторы к ангиотензину II первого типа;
- ~выводящимся преимущественно через кишечник;
- ~гидрофильным.

}

К ассоциированным сердечно-сосудистым или почечным заболеваниям при артериальной гипертензии относят: {

- =ХБП с рСКФ $< 30 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ или протеинурию $> 300 \text{ мг}$ в сутки;
- ~ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе;
- ~микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину ($30\text{-}300 \text{ мг/г}$; $3,4\text{-}34 \text{ мг/ммоль}$);
- ~скорость каротидно-феморальной пульсовой волны $> 10 \text{ м/сек}$ и лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$.

}

Относительным противопоказанием к проведению нагрузочного теста является: {

- ~критический аортальный стеноз;
- =стеноз ствола левой коронарной артерии;
- ~острый миокардит;
- ~острый инфаркт миокарда в течение первых 2 суток.

}

Классическая триада симптомов, характерных для выраженного аортального стеноза, включает: {

- ~тремор, отеки, одышку;
- ~стенокардию, постуральная гипотензию, отеки;
- ~одышку, артериальная гипертензию, обмороки;
- =одышку, обмороки, стенокардию.

}

К первичным факторам риска заболеваний относят: {

- ~гиперхолестеринемию;
- ~артериальную гипертензию;
- ~сахарный диабет;
- =курение.

}

В случае сохраняющегося болевого синдрома на фоне пароксизма фибрилляции предсердий у больного с острым инфарктом миокарда, показано: {

- ~введение наркотических анальгетиков;
- ~проведение инфузии Амиодарона;
- =проведение электроимпульсной терапии;
- ~проведение инфузии Новокаинамида.

}

При проведении сердечно-легочной реанимации двумя людьми рациональным является выполнение ____ компрессий грудной клетки на _____ воздуха в легкие: {

- ~20; 1 вдувание;

~10; 1 вдувание;
=30; 2 вдувания;
~5; 1 вдувание.
}

Переходная зона (амплитуда R=S) в норме обычно соответствует _____ отведениям: {

~V5-V6;
~V1-V2;
~V2-V3;
=V3-V4.
}

Наиболее информативным для визуализации очага некроза в миокарде является: {

~рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции;
~внутривенная коронароангиография с вентрикулографией;
~перфузионная сцинтиграфия миокарда с изотопом таллием-201;
=сцинтиграфия миокарда с технецием-99М-пирофосфатом;
}

Стандартизировать пробу с физической нагрузкой лучше по: {

~ЧДД;
~сегменту ST;
=ЧСС;
~АД.
}

ПА тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови: {

~альфа липопротеидов (ЛП_a);
=липопротеидов низкой плотности (ЛПНП);
~липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП);
~липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП).
}

Препаратами выбора при лечении АГ у беременных являются: {

~ингибиторы АПФ;
~блокаторы рецепторов ангиотензина II;
=α-агонисты центрального действия;
~тиазидные диуретики.
}

Противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ является: {

~гипергликемия;
=беременность;
~обструктивное заболевание легких;
~гипокалиемия.
}

Быстрое снижение артериального давления противопоказано при: {

~прогрессирующей почечной недостаточности;
~острой левожелудочковой недостаточности;
=нарушениях мозгового кровообращения;
~расслаивающей аневризме аорты.
}

Рациональная комбинация антигипертензивных препаратов позволяет: {
~увеличить эффективность лечения;
~снизить частоту нежелательных явлений;
=увеличить эффективность лечения и снизить частоту нежелательных явлений;
~увеличить комплаентность к лечению.
}

Абсолютным противопоказанием для проведения системной тромболитической терапии является: {
~артериальная гипертония;
=геморрагический инсульт в анамнезе;
~язвенная болезнь желудка в анамнезе;
~геморрагический васкулит.
}

Контроль адекватности применения антикоагулянтов непрямого действия осуществляется по определению: {
~протромбинового индекса;
~уровня фибриногена;
~С-реактивного белка;
=МНО.
}

Основным преимуществом ИАПФ в лечение пациентов с АГ является: {
=профилактика ремоделирования сосудов;
~снижение сердечного выброса;
~снижение частоты сердечных сокращений;
~уменьшение объема циркулирующей крови.
}

Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при: {
~фибрилляции предсердий;
~синусовой тахикардии;
~a-v блокаде I ст.;
=a-v блокаде II ст.
}

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение: {
~антагонистов альдостерона;
~растворов нитроглицерина;
=сердечных гликозидов;
~блокаторов кальциевых каналов.
}

У пациентки с АГ при разнице АД на левой и правой руках в 20 мм рт.ст. В первую очередь следует заподозрить: {

- =болезнь Такаясу;
- ~атеросклеротическое поражение плечевой артерии;
- ~болезнь Аддисона;
- ~болезнь Кушинга.

}

Зарегистрированные при повторных измерениях значения АД 160/100 мм рт.ст., 158/105 мм рт.ст., 150/100 мм рт.ст., 165/105 мм рт.ст. Соответствуют: {

- =артериальной гипертензии 2 степени;
- ~артериальной гипертензии 3 степени;
- ~артериальной гипертензии 1 степени;
- ~изолированной систолической артериальной гипертензии.

}

Абсолютным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- =приступ Морганьи-Адамс-Стокса в анамнезе (хотя бы однократно);
- ~асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;
- ~предсердно-желудочковая блокада I степени;
- ~бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа (проксимальной).

}

Относительным показанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- ~блокада обеих ножек пучка Гиса или полная АВ-блокада при наличии симптоматичной брадикардии;
- =асимптомная хроническая АВ-блокада III степени с ЧСС выше 40 ударов в минуту;
- ~АВ-блокада III степени, постоянная или перемежающаяся;
- ~дистальная (на уровне или ниже пучка Гиса по данным гистогрaфии) АВ-блокада II степени (типа Мобитц I или II).

}

Противопоказанием к установке постоянного электрокардиостимулятора является: {

- ~АВ-блокада типа Мобитц II;
- ~АВ-блокада II или III степени;
- =бессимптомное течение предсердно-желудочковой блокады II степени I типа проксимальной);
- ~сочетание блокады правой ножки пучка Гиса и задней ветви левой ножки пучка Гиса.

}

При полной АВ-блокаде гетеротопный ритм исходит из: {

- ~пучка Гиса или из более нижних отделов проводящей системы;
- ~АВ-узла, так и из пучка Гиса и волокон Пуркинье;
- ~атриnodальных (предсердие-АВ-узел) проводящих путей;
- =желудочков.

}

Третий тон сердца может выслушиваться: {

- ~при нерезко выраженной аортальной недостаточности;
- =в норме у детей и подростков;
- ~при выраженном митральном стенозе;
- ~при недостаточности клапана легочной артерии.

}

Наиболее частой причиной развития ХСН является: {

- ~Амилоидоз сердца;
- =ИБС;
- ~миокардит;
- ~фибрилляция предсердий.

}

В патогенезе хронической сердечной недостаточности ведущую роль играет нарушение: {

- ~хронотропной функции сердца;
- ~дромотропной функции сердца;
- =инотропной функции сердца;
- ~брадмотропной функции сердца.

}

Нейрогуморальная активация при ХСН проявляется: {

- =активацией САС и РААС;
- ~повышением уровня кортизола;
- ~активацией РААС;
- ~активацией САС.

}

{ Основным патогенетическим фактором образования отеков при ХСН является:

- =увеличение задержки Na^+ и жидкости;
- ~увеличение центрального венозного давления;
- ~ухудшение дренажной функции лимфатической системы;
- ~уменьшение содержания альбуминов плазмы.

}

Препаратом выбора для лечения пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями ритма (синусовая тахикардия, желудочковые и наджелудочковые нарушения ритма) является: {

- ~дигидропиридиновый антагонист кальция;
- ~ингибитор АПФ;
- =бета-адреноблокатор;
- ~сартан.

}

К препаратам выбора у больных с метаболическим вариантом АГ относят: {

- =блокаторы рецепторов ангиотензина II;
- ~диуретики;
- ~ α -адреноблокаторы;
- ~неселективные β -адреноблокаторы.

}

Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является: {

- ~хинидин;
 - ~прокаинамид;
 - ~пропранолол;
 - =амиодарон.
- }**

Оптимальной комбинацией ЛС для контроля частоты и интенсивности приступов стенокардии является: {

- ~триметазидин и бета-адреноблокатор;
 - ~дигидропиридиновый антагонист кальция и пролонгированный нитрат;
 - ~ивабрадин и дигидропиридиновый антагонист кальция;
 - =бета-адреноблокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция.
- }**

Фибрилляция предсердий чаще встречается при: {

- =митральном стенозе;
 - ~недостаточности аортального клапана;
 - ~аортальном стенозе;
 - ~недостаточности митрального клапана.
- }**

Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с: {

- ~митральной недостаточностью;
 - ~сочетанным митральным пороком;
 - ~аортальной недостаточностью;
 - =аортальным стенозом.
- }**

Синдром Морганьи – Эдемса – Стокса может наблюдаться при: {

- =синоатриальной блокаде;
 - ~неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ);
 - ~неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ);
 - ~бифасцикулярной блокаде.
- }**

Признаком ишемии при выполнении пробы с физической нагрузкой является: {

- =горизонтальная депрессия сегмента ST на 1 мм и более;
 - ~появление блокады правой ножки пучка Гиса;
 - ~появление блокады левой ножки пучка Гиса;
 - ~косовосходящее смещение сегмента ST и появление экстрасистолии.
- }**

Немодифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с АГ является: {

- ~курение;
 - ~ожирение;
 - =возраст;
 - ~сахарный диабет.
- }**

При левожелудочковой сердечной недостаточности застой крови развивается в:
{
=малом круге кровообращения;
~большом и малом кругах кровообращения;
~портальной системе;
~большом круге кровообращения.
}

Противотромботическая эффективность антикоагулянтов кумариновой группы оптимальна при поддержании МНО в пределах: {
=2,0-3,0;
~1,0-2,0;
~0-1,0;
~5,0-6,0.
}

Неселективным β -адреноблокатором является: {
=карведилол;
~метопролол;
~атенолол;
~бисопролол.
}

Если причиной инфекционного эндокардита являются грамм-отрицательные бактерии, то следует назначить: {
~пенициллин со стрептомицином;
~амфотерицин В;
=гентамицин и /или ампициллин;
~тетрациклины.
}

Повышение АД может вызывать приём: {
~триметазидина;
~амиодарона;
~никорандила;
=оральных контрацептивов.
}

Препаратом первого выбора при АГ во время беременности является: {
~небиволол;
~периндоприл;
~нифедипин;
=метилдопа.
}

Больного с нестабильной стенокардией на приеме в поликлинике следует: {
~направить на анализ крови;
~направить на консультацию к врачу-кардиологу;
=госпитализировать по «03» в БИТ;
~направить на ЭКГ.
}

Вероятность возникновения аритмогенного эффекта при назначении антиаритмических препаратов более высока у больных с: {

- ~наджелудочковыми аритмиями;
 - ~наджелудочковой экстрасистολией;
 - ~желудочковой экстрасистолой;
 - =тяжелым поражением миокарда.
- }**

Стартовая доза эналаприла для лечения хронической сердечной недостаточности составляет ___ мг ___ раза в день: {

- ~1,25; 2;
 - ~6,25; 3;
 - =2,5; 2;
 - ~5; 2;
- }**

Какова особенность влияния внутривенного введения аденозина (АТФ) на течение фибрилляции предсердий у больных без дополнительного пути АВ проведения? {

- ~кратковременное увеличение частоты сокращений желудочков;
 - =кратковременное урежение частоты сокращений желудочков;
 - ~отсутствие влияния на частоту желудочковых сокращений;
 - ~купирование приступа.
- }**

Органические нитраты являются донорами: {

- ~K⁺;
 - ~Mg₂⁺;
 - ~Ca₂⁺;
 - =NO.
- }**

К электрокардиографическим проявлениям, характерным для АВ блокады II степени тип 2 (МОБИТЦ 2), относят: {

- ~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;
 - =постоянство интервала PQ и периодическое выпадение одного или нескольких комплексов QRS;
 - ~постепенное удлинение интервала PQ перед выпадением одного или нескольких комплексов QRS;
 - ~полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов.
- }**

По данным самостоятельного (домашнего) контроля диагноз «артериальная гипертензия» устанавливается при усредненном значении АД более (в мм рт.ст.): {

- ~150/90;
 - =135/85;
 - ~130/80;
 - ~140/90.
- }**

Диагноз «скрытой» АГ определяется уровнями (в мм рт. ст.): {

- ~«офисного» АД > 160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД > 135/85;
 - =дневного амбулаторного АД > 135/85 и «офисного АД» < 140/90;
 - ~среднесуточного амбулаторного АД < 130/80 и повышенного «офисного» АД;
 - ~эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД > 135/85.
- }**

Интервал QT включает в себя: {

- ~все зубцы и интервалы предсердного и желудочкового комплексов;
 - =комплекс QRS, сегмент ST, зубец T;
 - ~расстояние в секундах от зубца Р до зубца Т;
 - ~интервал PQ и желудочковый комплекс.
- }**

Для лечения АГ у пациентов с сердечной недостаточностью целесообразно использовать комбинацию: {

- =бета-адреноблокаторы + ИАПФ (сартаны) + диуретики + антагонисты альдостерона;
 - ~ИАПФ + диуретики+ антагонисты кальция;
 - ~бета-адреноблокаторы + агонисты имидазолиновых рецепторов + альфа-адреноблокаторы;
 - ~бета-адреноблокаторы + антагонисты кальция + антагонисты альдостерона.
- }**

Градиент давления и степень обструкции при ГКМП увеличиваются при приёме: {

- ~метопролола сукцината;
 - ~бисопролола;
 - ~верапамила;
 - =изосорбида динитрата.
- }**

Если приступ мерцательной аритмии сопровождается такими симптомами, как сердечная астма, резкая гипотония, стенокардия, то наиболее эффективным является: {

- ~введение сердечных гликозидов;
 - ~введение новокаинамида;
 - ~введение кордарона;
 - =проведение электроимпульсной терапии.
- }**

Рекомендуемой тактикой антиаритмической терапии при групповой желудочковой эктопии у пациента с постинфарктным кардиосклерозом является применение: {

- ~верапамила;
 - =соталол – при наличии тенденции к тахикардии;
 - ~амиодарона, в сочетании с бета-адреноблокаторами при тенденции к тахикардии;
 - ~аллапинина или пропафенона в сочетании с соталолом.
- }**

Систолический шум у левого края грудины на выдохе является признаком: {
~недостаточности митрального клапана;
=стеноза клапана легочной артерии;
~недостаточности трехстворчатого клапана;
~стеноза аортального клапана.
}

Синкопальные состояния, головокружение, коронарная недостаточность и одышка чаще всего встречаются при: {
~недостаточности аортального клапана;
~постинфарктном кардиосклерозе;
=гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ);
~дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).
}

Характерным эхокардиографическим признаком обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является: {
~касание межжелудочковой перегородки передней митральной створкой в диастолу;
~однонаправленное диастолическое движение створки митрального клапана;
~систолическое и диастолическое «дрожание» передней митральной створки;
=систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана.
}

При использовании непрямых антикоагулянтов необходимо контролировать: {
~активированное парциальное тромбиновое время;
=международное нормализованное отношение;
~уровень антитромбина III;
~протромбиновый индекс по Квику.
}

К периферическим вазодилататорам относятся: {
=антагонисты кальциевых каналов;
~бета-адреноблокаторы;
~агонисты имидазолиновых рецепторов;
~агонисты альфа-адреноблокаторов.
}

Назначение инфузии нитроглицерина при остром инфаркте миокарда показано при: {
=отеке легких;
~любой ситуации;
~кардиогенном шоке;
!сочетании со стенозом устья аорты.
}

Приём статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в (раз): {
~2;
~5;
~4;
=3.

}

Прием сердечных гликозидов у больных ХСН противопоказан при: {

=a-v блокаде II ст.;
~синусовой тахикардии;
~фибрилляции предсердий;
~a-v блокаде I ст.

}

Препаратами, обладающими выраженными ангиопротективными и антиатеросклеротическими свойствами, являются: {

=антагонисты кальция;
~диуретики;
~β-адреноблокаторы;
~α-адреноблокаторы.

}

В норме размер левого предсердия в парастеральной позиции у взрослых на эхокардиограмме равен до (в мм): {

=40;
~45;
~35;
~50.

}

Под региональным отсутствием сокращений сердечной стенки понимают: {

~гипокинезию;
~гиперкинезию;
~дискинезию;
=акинезию.

}

К поздним осложнениям острого инфаркта миокарда относится: {

=синдром Дресслера;
~блокада левой ножки пучка Гиса;
~фибрилляция желудочков;
~кардиогенный шок.

}

При артериальной гипертензии и фракции выброса менее 35% противопоказан прием: {

~тиазидных диуретиков;
~бета-адреноблокаторов;
~дигидропиридиновых антагонистов кальция;
=верапамила и дилтиазема.

}

Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является: {

~лидокаин;
=амиодарон;

~метопролол;
~новокаиномид.
}

При инфекционном эндокардите митрального клапана эмболические события возможны в: {

~легочные вены;
=головной мозг;
~легкие;
~легочную артерию.
}

Наиболее частой формой инфаркта миокарда является: {

~гастралгическая;
=ангинозная;
~церебро-васкулярная;
~астматическая.
}

К электрокардиографическому проявлению, характерному для полной АВ блокады, относят: {

=полную разобщенность предсердных и желудочковых комплексов;
~выпадение комплекса PQRS без предшествующего укорочения интервала PP;
~на фоне синусового ритма независимую эктопическую электрическую активность левого предсердия;
~укорочение интервала PP перед выпадением комплекса PQRS.
}

Самым частым симптомом при тромбоэмболии легочной артерии является: {

~повторное кровохарканье;
~эпизод потери сознания;
=внезапная одышка;
~боль в левой половине грудной клетки.
}

Генетически детерминированным заболеванием сердца является: {

~алкогольная кардиомиопатия;
~миокардитический кардиосклероз;
~открытое овальное окно;
=гипертрофическая кардиомиопатия.
}

Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме: {

~правастатина;
=розувастатина;
~аторвастатина;
~симвастатина.
}

Показанием к дефибрилляции является: {

~отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца;
=регистрация фибрилляции желудочков на ЭКГ;

~максимальное расширение зрачков;
~отсутствие пульса на сонных артериях.
}

Абсолютным противопоказанием к тромболизису является: {

~артериальная гипертензия;
=предполагаемое расслоение аорты;
~ишемический инсульт любой давности;
~острый коронарный синдром.
}

Достоверным фактором риска ишемической болезни сердца является: {

~регулярное употребление малых доз алкоголя;
~низкая физическая активность;
~отягощенный семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний;
=артериальная гипертензия.
}

?Для лечения лабильной артериальной гипертензии у больных с гиперкинетическим типом кровообращения в первую очередь целесообразно использовать: {

~антагонисты кальция;
=бета-адреноблокаторы;
~мочегонные средства;
~препараты центрального действия.
}

При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение: {

~периндоприлу;
=фозиноприлу;
~лизиноприлу;
~каптоприлу.
}

В классическую триаду нейрогормональных модуляторов для лечения ХСН II-III ф.к. входят: {

=ИАПФ, β-АБ, антагонисты минералкортикоидных рецепторов;
~блокаторы рецепторов ангиотензина II, верапамил, антагонисты минералокортикоидных рецепторов;
~ИАПФ, дигоксин, петлевые диуретики;
~ИАПФ, ивабрадин, нитраты.
}

Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью, является: {

=фуросемид;
~нифедипин;
~клофелин;
~моксонидин.
}

В верификации ишемического генеза болей в области сердца наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает: {

- ~холодовая проба;
 - =нагрузочный тест;
 - ~одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД;
 - ~12-канальное суточное мониторирование ЭКГ.
- }**

Торасемид является диуретиком: {

- ~осмотическим;
 - =петлевым;
 - ~ингибирующим карбонангидразу;
 - ~тиазидным.
- }**

Антигипертензивными препаратами выбора для вторичной профилактики после инсульта являются: {

- ~антагонисты кальция недигидропиридинового ряда;
 - ~бета-адреноблокаторы;
 - =сартаны;
 - ~альфа-адреноблокаторы.
- }**

Группой препаратов, доказавших способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН и применяемых у всех больных, являются: {

- ~кардиопротекторы;
 - ~антагонисты кальция;
 - =ингибиторы АПФ;
 - ~непрямые антикоагулянты.
- }**

Препаратами выбора у больных с метаболическим вариантом АГ являются: {

- ~диуретики;
 - =ингибиторы АПФ;
 - ~α-адреноблокаторы;
 - ~неселективные β-адреноблокаторы.
- }**

Если причиной эндокардита являются стафилококки, устойчивые к пенициллину, то следует назначить: {

- ~метициллин;
 - =цефалоспорины;
 - ~оксациллин;
 - ~канамицин.
- }**

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение: {

- ~антагонистов альдостерона;
- ~блокаторов кальциевых каналов;
- ~растворов нитроглицерина;
- =сердечных гликозидов.

}

Характерным признаком дефекта межпредсердной перегородки при цветном доплеровском сканировании является: {

- ~отсутствие сброса;
- =сброс слева направо;
- ~сброс справа налево;
- ~двунаправленный сброс.

}

Высокое-нормальное АД диагностируют при АД (в мм рт.ст.): {

- =139/89;
- ~130/80;
- ~140/90;
- ~130/79.

}

Толщина стенок левого желудочка при умеренно выраженной гипертрофии составляет (в мм): {

- ~13-14;
- ~более 20;
- =14-16;
- ~16-20.

}

К основным критериям определения функциональных классов больных ИБС не относят: {

- =данные клинического анализа крови;
- ~степени нарушения коронарного кровообращения;
- ~частоту приступов стенокардии;
- ~толерантность к физической нагрузке.

}

Больному, перенесшему крупноочаговый инфаркт миокарда 30 дней назад, для проведения реабилитационных мероприятий целесообразно назначить: {

- ~общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л, лечебную гимнастику;
- ~ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника, лечебную гимнастику;
- =«суховоздушные» радоновые ванны, лечебную гимнастику;
- ~грязелечение на воротниковую область, лечебную гимнастику.

}

Препаратами выбора для лечения АГ у пациентов с подагрой являются: {

- ~прямые ингибиторы ренина;
- =сартаны;
- ~тиазидные диуретики;
- ~бета-адреноблокаторы.

}

Градиент давления и степень обструкции при ГКМП увеличиваются при приёме: {

- ~верапамила;
- =изосорбида динитрата;

~бисопролола;
~метопролола сукцината.
}

Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного расслаивающей аневризмой аорты, является: {

~нифедипин;
~пентамин;
=метопролол;
~клофелин.
}

Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются: {

~препараты центрального действия;
~ α -адреноблокаторы;
~диуретики;
= β -адреноблокаторы.
}

Верапамил является средством выбора при тахикардии желудочковой: {

~двунаправленной;
~типа «пируэт»;
=идиопатической;
~полиморфной.
}

Правожелудочковая сердечная недостаточность не проявляется: {

~застоем крови в венозном русле большого круга кровообращения;
=набуханием шейных вен, уменьшающимся в вертикальном положении;
~положительным венозным пульсом;
~акроцианозом, отеками стоп и голеней, усиливающимися к вечеру.
}

Точным методом диагностики вазоренальной гипертензии является: {

~сцинтиграфия почек;
~УЗИ почек;
~компьютерная томография почек;
=почечная ангиография.
}

К депрессорному нейрогуморальному механизму при развитии сердечной недостаточности относится активация: {

~симпатоадреналовой системы (САС);
~антидиуретического гормона (АДГ);
=мозгового и предсердного натрийуретических пептидов;
~ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС).
}

В норме конечный диастолический размер левого желудочка в парастернальной позиции у взрослых на эхокардиограмме равен до (в мм): {

~45;

=56;
~60;
~50.
}

Усиление шума над мечевидным отростком на вдохе (симптом Корвалло) характерно для: {

=трикуспидальной недостаточности;
~выраженной аортальной недостаточности;
~стеноза легочной артерии с наличием легочной гипертензии;
~митральной недостаточности тяжелой степени.
}

Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты при остром инфаркте миокарда составляет (в мг): {

=250-300;
~150;
~75;
~500.
}

Расслоение аорты требует неотложного: {

=хирургического вмешательства;
~антибактериального лечения;
~МРТ-исследования;
~тромболизиса.
}

Длительность применения апиксабана в дозе 10 мг два раза в сутки для лечения острой венозной тромбоэмболии составляет (в днях): {

=7;
~21;
~14;
~28.
}

При обследовании пациента с неосложненной АГ рекомендуется проведение: {

~суточного мониторирования ЭКГ;
~коронароангиографии;
=ЭХО-КГ;
~сцинтиграфии миокарда.
}

Показаниями к имплантации постоянного электрокардиостимулятора являются: {

~признаки синдрома ранней реполяризации желудочков;
=паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении;
~эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы;
~признаки синдрома Бругада.
}

Кризовое течение АГ, которое сопровождается головной болью, тахикардией, потливостью чаще всего возникает при: {

- =феохромоцитоме;
 - ~рениноме;
 - ~гиперплазии коры надпочечников;
 - ~альдостероме.
- }**

Диагноз «скрытой» АГ определяется уровнями (в мм рт. ст.): {

- =дневного амбулаторного АД > 135/85 и «офисного АД» < 140/90;
 - ~«офисного» АД > 160-170/100 мм рт.ст. и дневного амбулаторного АД > 135/85;
 - ~среднесуточного амбулаторного АД < 130/80 и повышенного «офисного» АД;
 - ~эпизодически повышенного «офисного» АД и амбулаторного АД > 135/85.
- }**

При исследовании в режиме цветного доплеровского сканирования кровотоков от датчика принято картировать _____ цветом: {

- ~зеленым;
 - ~фиолетовым;
 - =синим;
 - ~красным.
- }**

Абсолютным противопоказанием для проведения нагрузочного теста является: {

- ~острый инфаркт миокарда в течение первых 2 месяцев;
 - =острый перикардит;
 - ~гипертрофическая кардиомиопатия;
 - ~стеноз ствола левой коронарной артерии.
- }**

При назначении комбинации антиаритмических препаратов в уменьшенных дозах в большинстве случаев: {

- =отмечается повышение эффективности с уменьшением выраженности побочного действия каждого препарата;
 - ~наблюдается снижение эффективности;
 - ~отмечается повышение эффективности с повышением выраженности побочного действия каждого препарата;
 - ~наблюдается усиление (суммация) отрицательных побочных явлений.
- }**

Для замещающего ритма из атрио-вентрикулярного соединения характерна частота сердечных сокращений _____ ударов в 1 минуту: {

- ~100-110;
 - ~90-100;
 - =40-50;
 - ~120 и более.
- }**

Противопоказанием к назначению бетаксалол является: {

- ~открытоугольная глаукома;
- =синдром слабости синусового узла;

~хронический бронхит;
~сердечная недостаточность I-II ФК по NYHA.
}

Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является: {
=двусторонний стеноз почечных артерий;
~ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ;
~аортальный стеноз;
~констриктивный перикардит.
}

Препаратами, к которым возникает толерантность, являются: {
~антикоагулянты;
=нитраты;
~ингибиторы АПФ;
~антагонисты кальция.
}

Лейкоцитоз может быть отражением: {
~стенокардии покоя;
~приступа фибрилляции предсердий;
=острого инфаркта миокарда;
~нестабильной стенокардии.
}

Ограничивать употребление натрия в сутки у пациента с артериальной гипертензией следует до (в граммах): {
~5-7;
~7-10;
~2-3;
=<5.
}

У мужчины 78 лет с аденомой простаты предпочтительно начать лечение АГ с назначения: {
~кандесартана;
=доксазозина;
~гидрохлортиазида;
~карведилола.
}

Приём статинов следует отменить при повышении активности трансаминаз в крови выше нормы в (раз): {
~4;
~5;
~2;
=3.
}

Наличие изолированных дилатаций правого желудочка без патологического сброса слева направо и при наличии желудочковой тахикардии в анамнезе может быть признаком: {

- =аритмогенной дисплазии правого желудочка;
 - ~легочной гипертензии;
 - ~инфаркта миокарда левого желудочка;
 - ~стеноза устья аорты.
- }**

Дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на вдох в присутствии жидкости в полости перикарда может быть признаком: {

- =тампонады сердца;
 - ~инфаркта миокарда;
 - ~тромбозмболии легочной артерии (ТЭЛА);
 - ~фибрилляции предсердий.
- }**

Максимальная рекомендованная суточная доза бисопролола для больных с АГ составляет (в мг): {

- ~40;
 - =20;
 - ~15;
 - ~10.
- }**

Назначение медикаментозной терапии у лиц старше 80 лет проводят при АД больше (в мм рт.ст): {

- ~140;
 - ~180;
 - ≥160;
 - ~150.
- }**

Антигипертензивными препаратами выбора для вторичной профилактики после инсульта являются: {

- =сартаны;
 - ~антагонисты кальция недигидропиридинового ряда;
 - ~бета-адреноблокаторы;
 - ~альфа-адреноблокаторы.
- }**

Негативное влияние на углеводный и липидный профиль оказывают: {

- =мочегонные препараты;
 - ~антагонисты кальция;
 - ~ингибиторы АПФ;
 - ~препараты центрального действия.
- }**

Патогномоничным признаком инфекционного эндокардита является: {

- ~значительное ускорение СОЭ;
- =выявление вегетаций на клапанах при эхокардиографии;
- ~наличие шумов при аускультации;

~нарастание явлений сердечной недостаточности.

}

Нарушения А-V проводимости при нижнем инфаркте миокарда связаны с: {

~нарушением кровотока по артерии синусового узла;

=нарушением кровотока по артерии АВ - узла;

~обширностью повреждения боковой стенки ЛЖ;

~повреждением межжелудочковой перегородки.

}

При обследовании пациента с неосложненной АГ рекомендуется проведение: {

~коронароангиографии;

~суточного мониторирования ЭКГ;

=ЭХО-КГ;

~сцинтиграфии миокарда.

}

Продолжительность интервала Р-Q в норме от (сек): {

=0,12 до 0,20;

~0,10 до 0,18;

~0,06 до 0,10;

~0,16 до 0,24.

}

Претестовым изменением ЭКГ, которое делает невозможным проведение нагрузочного тредмил-теста, является: {

~полная блокада правой ножки пучка Гиса;

~исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V4-6 до 1 мм;

~исходная (претестовая) горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм;

=полная блокада левой ножки пучка Гиса.

}

Больному со стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, следует назначить: {

=амлодипин;

~кораксан;

~бисопролол;

~нитросорбид.

}

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем не оправдано применение: {

~блокаторов кальциевых каналов;

=сердечных гликозидов;

~растворов нитроглицерина;

~антагонистов альдостерона.

}

К основной причине развития миокардита относят: {

~системные коллагенозы;

=инфекцию;
~идиопатические факторы;
~паразитарную инвазию.
}

Бета-адреноблокаторы имеют преимущество в лечении пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с: {

~подагрой;
~нефропатией;
~перенесенным инсультом;
=ИБС (стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом).
}

Для лечения артериальной гипертензии при беременности следует предпочесть: {

~ингибиторы АПФ;
=допегит;
~сартаны;
~тиазидовые диуретики.
}

Не следует сочетать прием ингибитора фосфодиэстеразы-5 для коррекции эректильной дисфункции с _____ при лечении АГ: {

=празозином;
~амлодипином;
~валсартаном;
~эналаприлом.
}

Диастолический прогиб (парусение) передней створки митрального клапана и ограничение ее подвижности характерны для: {

~аортального стеноза;
~митральной недостаточности;
=митрального стеноза;
~аортальной недостаточности.
}

Какой признак характерен для пароксизмальной синоатриальной тахикардии? {

=внезапное начало и внезапный конец тахикардии;
~волны фибрилляции предсердий;
~разные интервалы R-R;
~уширение комплексов QRS.
}

Кровоснабжение миокарда осуществляется во время: {

~пресистолы;
~сistolы;
~сistolы и диастолы;
=диастолы.
}

Наилучшим методом контроля эффективности лечения АГ является: {
~измерение АД лежа и стоя;
=суточное мониторирование АД;
~измерение АД врачом через 2 недели от начала терапии;
~периодическое самостоятельное измерение АД пациентом.
}

При проведении реанимационных мероприятий у больных с фибрилляцией желудочков электроимпульсную терапию (дефибрилляцию) надо начинать с разряда: {
~220 В;
=200 Дж;
~150 Дж;
~50 Дж.
}

Продленная тромбопрофилактика показана при: {
~острой венозной тромбоэмболии (ВТЭ);
=повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА;
~известной тромбофилии;
~вторичной легочной гипертензии.
}

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются: {
=нестероидные противовоспалительные препараты;
~глюкокортикостероиды;
~наркотические анальгетики;
~нитраты.
}

Характерным побочным эффектом ингибиторов АПФ является: {
~головная боль;
~запоры;
=кашель;
~мышечная слабость.
}

Основным патогенетическим фактором инфаркта миокарда является: {
~спазм коронарной артерии;
~внезапное повышение потребности миокарда в кислороде;
~окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой;
=тромбоз коронарной артерии.
}

Признаком вовлеченности правого желудочка при инфаркте миокарда является: {
~снижение темпа диуреза менее 40 мл/час;
~боль в эпигастральной области;
~появление влажных хрипов в нижних отделах легких;
=стойкая гипотония.
}

При лечении артериальной гипертензии у больных с нарушением функции почек обычно показано назначение: {

- =петлевых диуретиков;
 - ~тиазидовых и тиазидоподобных диуретиков;
 - ~препаратов центрального действия;
 - ~бета-адреноблокаторов.
- }**

Двойным путем выведения из организма обладает: {

- ~эналаприл;
 - =фозиноприл;
 - ~периндоприл;
 - ~лизиноприл.
- }**

Отрицательная фаза зубца Р в отведении V1 обусловлена: {

- =возбуждением левого предсердия;
 - ~проведением импульса по пучку Кента;
 - ~сокращением правого предсердия;
 - ~проведением импульса по пучку Бахмана.
- }**

Дополнительный систолический щелчок, выслушиваемый при аускультации сердца, обусловлен: {

- ~сужением левого атриовентрикулярного отверстия;
 - =пролапсом створки митрального клапана;
 - ~снижением вязкости крови;
 - ~значительным падением сократимости миокарда левого желудочка.
- }**

Причинами вторичной гиперхолестеринемии могут быть: {

- ~злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение;
 - ~прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия;
 - ~гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов;
 - =гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов.
- }**

Диагноз «миокардит» достоверно можно поставить по результатам: {

- ~эхокардиографии;
 - =биопсии миокарда;
 - ~сцинтиграфии миокарда;
 - ~ЭКГ.
- }**

Наиболее точно оценить эффект антиангинальных препаратов у больных стенокардией напряжения позволяет: {

- ~проба с физической нагрузкой на тредмиле;
 - ~чреспищеводная кардиостимуляция;
 - =метод парных велоэргометров;
 - ~24-часовое мониторирование электрокардиограммы.
- }**

В сомнительных случаях диагноз ХСН можно исключить при нормальном уровне в крови: {

- ~!катехоламинов;
 - ~ренина и альдостерона;
 - ~альдостерона;
 - =натрийуртических пептидов.
- }**

К препаратам, наиболее эффективным для применения при остановке кровообращения, относят: {

- ~сердечные гликозиды;
 - ~преднизолон;
 - =эпинефрин;
 - ~антагонисты кальция.
- }**

К постсинаптическим блокаторам -альфа1 –адренорецепторов относится: {

- =доксазозин;
 - ~моксонидин;
 - ~фентоламин;
 - ~алискирен.
- }**

К врожденным порокам сердца относится: {

- ~аневризма межпредсердной перегородки;
 - =тетрада Фалло;
 - ~аневризма левого желудочка;
 - ~открытое овальное окно.
- }**

При 24-часовом мониторингировании ЭКГ наиболее достоверным признаком ишемии миокарда является: {

- =депрессия сегмента ST более 2 мм;
 - ~удлинение электрической систолы желудочка – интервала QT;
 - ~выраженная элевация сегмента ST;
 - ~инверсия конечной части желудочкового комплекса – зубца Т.
- }**

Размеры левого желудочка в парастернальной позиции в конце диастолы на уровне концов створок митрального клапана в норме составляет не более (в мм): {

- ~80;
 - ~50;
 - ~45;
 - =56.
- }**

В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель: {

- ~систолического АД;
- ~возраста;

=глюкозы крови;
~общего холестерина.
}

В основе патогенеза истинного кардиогенного шока при инфаркте миокарда лежит: {

~стрессовая реакция на болевые раздражители;
=снижение насосной функции сердца;
~артериальная гипотония;
~гиповолемия.
}

Наиболее вероятной причиной возникновения острой правожелудочковой недостаточности и внезапного появления грубого систолического шума у больного с острым инфарктом миокарда является: {

~разрыв папиллярной мышцы;
~разрыв свободной стенки левого желудочка;
=разрыв межжелудочковой перегородки;
~тромбоэмболия легочной артерии.
}

Препаратами выбора для лечения артериальной гипертонии в сочетании с ИБС являются: {

=β-адреноблокаторы;
~диуретики;
~препараты центрального действия;
~α-адреноблокаторы.
}

Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий на фоне острого инфаркта миокарда является: {

~новокаиномид;
=амиодарон;
~метопролол;
~лидокаин.
}

Группой препаратов, доказавших способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН и применяемых в определенных клинических ситуациях, являются: {

=сердечные гликозиды;
~антагонисты кальция;
~ингибиторы АПФ;
~кардиопротекторы.
}

Небиволол является высокоселективным _____адреноблокатором с вазодилатирующими свойствами: {

~бета 2;
~альфа- и бета;
=бета1;
~альфа.

}

Препаратами выбора при лечении АГ в сочетании с нарушениями ритма сердца являются: {

- ~диуретики;
- =β-адреноблокаторы;
- ~α-адреноблокаторы;
- ~препараты центрального действия.

}

Осцилляция передней створки митрального клапана характерна для: {

- ~дефекта межжелудочковой перегородки;
- ~дефекта межпредсердной перегородки;
- ~аортального стеноза;
- =аортальной недостаточности.

}

Максимальной диагностической точностью из неинвазивных методов обследования для диагностики аритмогенной дисплазии миокарда обладают: {

- ~мониторирование ЭКГ, нагрузочный тест, при необходимости коронароангиография;
- ~мультиспиральная компьютерная томография сердца с контрастированием и анализ крови на специфические кардиомаркеры;
- ~однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца в покое и при нагрузке и генетический анализ крови;
- =магнитнорезонансная томография сердца и генетический анализ крови.

}

Наиболее достоверным признаком эффективности наружного массажа сердца является: {

- =появление пульса на сонной артерии;
- ~сужение зрачков;
- ~наличие трупных пятен;
- ~уменьшение цианоза кожи.

}

К ЭКГ критериям некроза миокарда относят: {

- =патологический зубец Q;
- ~низкий вольтаж зубца Р в стандартных отведениях;
- ~конкордантный подъем сегмента ST;
- ~депрессию сегмента ST.

}

Классической триадой симптомов ХСН являются: {

- ~боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка;
- ~чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение ;
- =одышка, слабость и отеки ног;
- ~гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия.

}

Признаком ХСН I стадии является: {

- =дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;

~застой в малом круге кровообращения;
~застой в большом круге кровообращения;
~застой в малом и большом круге кровообращения.
}

Признаком ХСН II А стадии является: {

~дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;
=застой в малом круге кровообращения;
~застой в малом и большом круге кровообращения;
~тяжелое нарушение гемодинамики с необратимыми структурными изменениями в органах и тканях.
}

Признаком ХСН II Б стадии является: {

~дискомфорт проявляющийся только при физической нагрузке;
~застой в малом круге кровообращения;
~застой в большом круге кровообращения;
=застой в малом и большом круге кровообращения.
}

Признаками ХСН III стадии являются: {

=дистрофическая стадия с тяжелыми нарушениями гемодинамики и необратимыми структурными изменениями в органах;
~застой в малом круге кровообращения;
~застой в большом круге кровообращения;
~застой в малом и большом круге кровообращения.
}

Проявлениями ХСН, соответствующими I функциональному классу (ФК) являются: {

~усталость, сердцебиение и/или одышка при небольшой физической нагрузке;
~отеки при физической нагрузке, превышающей обычную;
~боли в ногах при небольшой физической нагрузке;
=усталость, сердцебиение и/или одышка при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента.
}

Препаратами, рекомендованными ВНОК и ОССН для лечения ХСН из дополнительной группы являются: {

~ингибиторы АПФ;
=статины;
~диуретики;
~сартаны.
}

При сердечной недостаточности не повышается тонус сосудов вследствие: {

~активации САС;
~активации РАС;
=активации системы брадикинина;
~увеличения продукции вазопрессина.
}

Показателем, отражающим сократимость миокарда ЛЖ, вычисляемого по ЭхоКГ является: {

- ~масса миокарда ЛЖ;
 - ~КДО;
 - =V-скорость циркулярного укорочения волокон;
 - ~ударный объем.
- }

Изменится ли цвет кожных покровов у больного с тяжелой правожелудочковой сердечной недостаточностью в сочетании с выраженной анемией (Hb 50 г\л)? {

- ~появится бледность кожи и умеренный цианоз;
 - ~появится бледность кожи и выраженный цианоз;
 - =появится бледность кожи, но цианоза не будет;
 - ~появится бледность кожи и цианотический румянец на щеках.
- }

Наиболее частой причиной хронической сердечной недостаточности в настоящее время является: {

- ~ревматический порок сердца;
 - =артериальная гипертензия;
 - ~кардиомиопатия;
 - ~миокардит.
- }

При каком заболевании сердца развитие сердечной недостаточности является следствием нарушения диастолической функции миокарда? {

- ~инфаркт миокарда;
 - =гипертрофическая кардиомиопатия;
 - ~дилатационная кардиомиопатия;
 - ~миокардит.
- }

Какой эффект оказывает фуросемид?: {

- ~обладает артериодилатирующим свойством;
 - =увеличивает диурез;
 - ~увеличивает хлорурез;
 - ~уменьшает натрийурез.
- }

Верапамил может быть использован при лечении: {

- ~нетяжелой сердечной недостаточности;
 - =с неизменным сердечным выбросом и нарушением диастолической функции сердца;
 - ~стойкой желудочковой экстрасистолии даже при тяжелой сердечной недостаточности;
 - ~дигиталисной интоксикации.
- }

Какие из побочных эффектов ингибиторов АПФ, как правило, чаще требуют прекращения лечения? {

- ~ангионевротический отек, кожные реакции в виде эритемы;
- =кашель;

~потеря вкусовых ощущений;
~падение АД после первого приема.
}

Что предпочтительнее при сердечной недостаточности на почве митральной регургитации? {

~нитросорбид;
~нитроглицерин;
~каптоприл;
=дигоксин.
}

Для лечение сердечной недостаточности необходимо учитывать: {

=ФВ;
~показатели внешнего дыхания;
~результаты тропонинового теста;
~пол пациента.
}

Левожелудочковая недостаточность проявляется: {

=уменьшением сердечного выброса;
~отеками нижних конечностей;
~телеангиоэктазиями;
~гепатоспленомегалией.
}

Посленагрузка для левого желудочка увеличивается при: {

=стенозе устья аорты;
~недостаточности митрального клапана;
~увеличения объема крови;
~уменьшения объема крови.
}

К изменениям гемодинамики при сердечной недостаточности относят: {

=уменьшение минутного объема;
~повышение венозного давления;
~понижение венозного давления;
~венозная гиперемия.
}

Преднагрузка левого желудочка увеличивается при: {

=увеличении объема крови;
~артериальной гипертензии;
~недостаточности митрального клапана;
~недостаточности аортального клапана.
}

В состав Юперо входит: {

~лизиноприл+ ант.кальция;
=сакубитрил+валсартан;
~торасемид+ бета-блокатор;
~сакубитрил +периндоприл.

}

Что является самой частой причиной легочной эмболии? {

- ~тромбоз тазовых вен;
 - ~тромбоз в правом предсердии;
 - =тромбоз вен нижних конечностей;
 - ~тромбоз вен верхних конечностей.
- }

Причиной кардиогенного шока является: {

- =массивная тромбоэмболия легочной артерии;
 - ~обструкция верхней полой вены;
 - ~аортальный стеноз;
 - ~перикардит.
- }

Первичный тромбоз легочной артерии возникает при: {

- =тромбофлебите глубоких вен нижних конечностей;
 - ~заболевании сердца;
 - ~заболевании легких;
 - ~тромбозе нижней полой вены.
- }

Укажите ранний признак тромбоэмболии легочной артерии: {

- =одышка;
 - ~интенсивная боль в грудной клетке;
 - ~остро возникающая синюшность лица;
 - ~тахикардия.
- }

При эмболии легочной артерии на ЭКГ отмечается перегрузка: {

- =правых отделов сердца;
 - ~левых отделов сердца;
 - ~левого желудочка;
 - ~левого и правого предсердия.
- }

Формой эмболии легочной артерии, при которой исключено менее 45% сосудистого русла легких, является: {

- =острая;
 - ~молниеносная;
 - ~подострая;
 - ~затяжная.
- }

Для тромболитической терапии при молниеносной форме ТЭЛА с развитием шока используется: {

- =альтеплаза;
 - ~гепарин;
 - ~реополиглюкин;
 - ~фибринолизин.
- }

Инфаркт легкого при тромбоэмболии легочной артерии развивается спустя: {

=1-2 суток;

!2-4 часа;

!6-8 часов;

!10-12 часов.

}

Патологией, считающейся «болезнью прикованных к постели», является: {

=тромбоэмболия легочной артерии;

~гипостатическая болезнь;

~радикулит;

~застойная сердечная недостаточность.

}

Наиболее частым условием, предрасполагающим к развитию легочной эмболии, является: {

=доказанный тромбоз глубоких вен;

~лечение нестероидными противовоспалительными препаратами;

~ортопедическая операция в прошлом;

~ожирение.

}

Для лечения ТЭЛА применяются: {

=антикоагулянты, тромболитики;

~сердечные гликозиды;

~анальгетики, стероиды;

~бронхолитики, бета2- агонисты.

}

Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии являются: {

=вены нижних конечностей;

~вены верхних конечностей;

~правое сердце;

~левое сердце .

}

Клиническим признаком наиболее характерным для ТЭЛА является: {

=внезапно возникшая одышка при активизации больного;

~положение ортопноэ;

~экспираторная одышка, сопровождающаяся участием вспомогательных мышц;

~одышка, возникшая при выходе больного на улицу в холодную погоду.

}

Для ТЭЛА наиболее характерна потеря сознания: {

=развивающаяся при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное;

~сопровождающаяся клонико-тоническими судорогами с прикусом языка;

~сопровождающаяся очаговой неврологической симптоматикой;

~сопровождающаяся редким ритмом на ЭКГ.

}

Наиболее важным предрасполагающим фактором при определении клинической вероятности ТЭЛА является: {

- =тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе;
 - ~молодой возраст пациента;
 - ~перенесенный инфаркт миокарда;
 - ~употребление алкоголя.
- }

Провоцирующими факторами для развития ТЭЛА не является: {

- ~длительный авиаперелет;
 - ~длительный постельный режим;
 - =массивная кровопотеря;
 - ~тромбоз поверхностных вен голени.
- }

При нейроциркуляторной дистонии отрицательной является: {

- ~гипервентиляционная проба;
 - =проба с нитроглицерином;
 - ~проба с обзиданом;
 - ~ортостатическая проба.
- }

Для нейроциркуляторной дистонии не характерен следующий синдром: {

- ~кардиалгический;
 - ~аритмический;
 - =стенокардитический;
 - ~гипервентиляционный.
- }

НЦД является заболеванием: {

- =функциональной природы, преимущественно психогенного или невротического происхождения;
 - ~при котором повышение АД не связано с первичными повреждениями органов или систем;
 - ~вызванным инфекционными, токсическими или аллергическими воздействиями;
 - ~связанным с поражением клапанного аппарата сердца или пристеночного эндокарда.
- }

Проявления НЦД наблюдаются чаще всего у: {

- =молодых женщин;
 - ~молодых мужчин;
 - ~стариков;
 - ~женщин пожилого возраста.
- }

К предрасполагающим факторам риска НЦД не относятся: {

- =инфекционные агенты;
 - ~наследственно-конституциональные особенности личности;
 - ~периоды гормональной перестройки организма;
 - ~неблагоприятные социально-экономические условия.
- }

К фактору, вызывающую НЦД не относят: {

- ~стресс;
 - ~ятрогению;
 - ~гиподинамию;
 - =ОРВИ.
- }

При НЦД не наблюдается: {

- ~сердцебиение;
 - =высокий уровень диастолического АД;
 - ~ощущение усиленных сокращений сердца, провоцируемое волнением;
 - ~чувство затрудненного вдоха.
- }

При НЦД характер болей в сердце: {

- =колющий;
 - ~давящий;
 - ~распирающий;
 - ~сжимающий.
- }

При НЦД наблюдается: {

- =усиленная пульсация сонных артерий;
 - ~пальпаторно у верхушки сердца диастолическое дрожание;
 - ~диастолический шум на верхушке сердца;
 - ~пальпаторно у основания сердца систолическое дрожание.
- }

Со стороны дыхательной системы при НЦД выявляется: {

- =дыхательная аритмия;
 - ~снижение ЖЕЛ в пределах 60-90% должной;
 - ~увеличение МОД в среднем на 120-150% должной величины ;
 - ~затрудненный выдох.
- }

Какой признак характерен для НЦД?: {

- =гиперкинетический тип гемодинамики;
 - ~диастолический шум на верхушке сердца;
 - ~эукинетический тип гемодинамики;
 - ~гипокинетический тип гемодинамики.
- }

При НЦД назначаются: {

- ~антибактериальные препараты;
 - ~метилксантины;
 - =бета-адреноблокаторы;
 - ~сартаны.
- }

Исследование функции внешнего дыхания при НЦД обнаруживает: {

- ~уменьшение минутного объема дыхания;

~повышение жизненной емкости легких;
~снижение ПСВ;
=снижение толерантности к физической нагрузке.
}

Предрасполагающим фактором развития НЦД является: {

~острое респираторное заболевание;
=нервно-эмоциональный стресс;
~ожирение;
~перегрузка поваренной солью.
}

Тяжесть течения НЦД определяется: {

~длительностью болей в области сердца;
=частотой вегетативно-сосудистых кризов;
~нарушением ритма дыхания;
~лабильностью АД.
}

НЦД проявляется: {

=головокружением;
~цианозом;
~появлением геморрагических пятен на стопах и ладонях;
~набуханием шейных вен.
}

Для лечения НЦД не применяют: {

~β-адреноблокаторы;
~метаболики (рибоксин, препараты калия);
=нитраты;
~витамины группы В.
}

На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений НЦД? {

~санаторном;
~диспансерном;
~стационарном;
=поликлиническом.
}

Диспансерный этап реабилитации больных НЦД предполагает: {

~устранение профессиональных вредностей;
~лечение хронической инфекции;
=регулярный осмотр больных;
~назначение психотропных средств.
}

Раздел: Ревматические болезни

Ревматизм вызывается: {

~стафилококком;
~бета-гемолитическим стрептококком группы С;
~пневмококком;

=бета-гемолитическим стрептококком группы А.
}

В патогенезе ревматизма участвуют механизмы: {

~склерозирования;
~тромбообразования;
=иммунные;
~аллергические.
}

Лабораторная диагностика при ревматизме прежде всего, позволяет: {

~уточнить характер электролитных нарушений;
~поставить диагноз;
=определить степень выраженности процессов;
~гормональных нарушений.
}

Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении: {

~суставов поясничного отдела позвоночника;
~симфиза;
~тазобедренных суставов;
=ileoцекальных сочленений.
}

Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний: {

~ревматизма;
~системной красной волчанки;
=дерматомиозита;
~системной склеродермии.
}

Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в: {

~локтевых суставах;
~плечевых суставах;
=проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
~коленных суставах.
}

У лиц пожилого возраста преимущественно встречается: {

=гигантоклеточный артериит;
~геморрагический васкулит;
~узелковый периартериит;
~болезнь Бюргера.
}

При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела: {

~лица, пальцев кистей и стоп;
=туловища и проксимальных отделов конечностей;
~туловища;
~лица.

}

Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является: {

- ~бета-адреноблокатор;
- =ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;
- ~нативная плазма;
- ~глюкокортикостероиды.

}

Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит: {

=параорбитальный отек с лиловой («гелиотропной») эритемой верхнего века и синдром Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);

- ~эритема на открытых участках кожи;
- ~пойкилодермия;
- ~синдром Рейно.

}

Наиболее частыми осложнениями терапии НПВС препаратами являются: {

- ~гепатотоксические;
- ~нефротоксические;
- ~гематологические;
- =желудочно-кишечные.

}

Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является: {

- ~укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- =ульнарная девиация;
- ~в виде «шеи лебедя»;
- ~в виде «молоткообразного пальца».

}

Причина анемии при ревматоидном артрите: {

- ~дефицит железа в организме;
- ~аутоиммунный процесс;
- ~дефицит фолиевой кислоты;
- =неизвестна.

}

Самой частой причиной смерти при ревматизме является: {

- ~некротизирующий васкулит с вовлечением жизненноважных органов;
- ~поражение легких;
- ~подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга;
- =осложнения лекарственной терапии.

}

Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз: {

- =ирит и иридоциклит;
- ~склерит;
- ~конъюнктивит;
- ~блефарит.

}

Первая фаза синдрома Рейно проявляется: {

- ~реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- ~цианозом дистальных отделов конечностей;
- =«побелением» пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции;
- ~парестезиями по всей руке, ноге.

}

**Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов
цитопению при длительном применении вызывает: {**

- ~напроксен;
- ~пироксикам;
- =бутадион;
- ~вольтарен.

}

Наиболее типичным для псориатического артрита является: {

- =эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;
- ~латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;
- ~анкилозирование межпозвоночных суставов;
- ~первые признаки заболевания – кожные.

}

**При остеоартрозе наиболее инвалидизирующая является следующая
локализация патологического процесса: {**

- =тазобедренные суставы;
- ~коленные суставы;
- ~дистальные межфаланговые суставы кистей;
- ~плечевые суставы.

}

Развитие ревматизма связано с инфицированием: {

- ~вирусом;
- ~стафилококком;
- =бета-гемолитическим стрептококком группы А;
- ~сальмонелла.

}

**К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита
относится: {**

- ~околосуставной остеопароз;
- ~узурация суставных поверхностей эпифиза;
- ~кисты в эпифизах;
- =сужение суставной щели.

}

**Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины
развития моноартрита наиболее важным является: {**

- ~тест муцинового сгустка;
- ~определение глюкозы в синовиальной жидкости;
- ~определение комплемента в синовиальной жидкости;
- =микроскопическое исследование синовиальной жидкости.

}

Характерным признаком двустороннего коксартроза является: {

- ~протрузия вертлужных впадин;
- ~укорочение нижних конечностей;
- ~сacroилеит 2-3 ст. на рентгенограмме;
- =нарушение внутренней и наружной ротации бедер.

}

При системной склеродермии преимущественно поражаются : {

- =артериолы и капилляры;
- ~сосуды среднего калибра;
- ~крупные сосуды;
- ~венозные сосуды.

}

Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите: {

- =длительная воспалительная активность процесса;
- ~длительный прием цитостатиков;
- ~длительные периоды без лечения;
- ~сопутствующие заболевания почек.

}

Поражение позвоночника при болезни Бехтерева начинается с: {

- ~шейного отдела;
- ~поясничного отдела;
- =крестцово-подвздошных суставов;
- ~грудного отдела.

}

Какое поражение характерно для болезни Рейтера?: {

- ~ирит и иридоциклит;
- ~склерит;
- =конъюнктивит;
- ~катаракта.

}

Что характерно для суставного синдрома Рейтера?: {

- =генерализованный полиартрит;
- ~сосискообразная деформация пальцев стоп;
- ~сосискообразная деформация пальцев рук;
- ~артрит суставов 1-го пальца стоп.

}

Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при: {

- ~гемофилической артропатии;
- ~псевдоподагре;
- =псориатическом артрите;
- ~ревматоидном артрите.

}

Укажите не характерный признак инфекционного артрита?: {

- ~лихорадка, озноб;
 - ~в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
 - ~синовиальная жидкость – высокий цитоз, 90% нейтрофилов;
 - =полиартрит.
- }**

Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов: {

- ~в области крестца;
 - =в области разгибательной поверхности локтевого сустава;
 - ~в области коленных суставов;
 - ~хрящи носа.
- }**

При хондрокальцинозе чаще всего поражаются следующие суставы: {

- ~плюснефаланговые;
 - ~голеностопные;
 - =коленные;
 - ~тазобедренные.
- }**

Наиболее эффективные лечебные мероприятия при простом тендините мышц плеча?: {

- ~абсолютный покой в течение всего периода болезни;
 - ~оперативные вмешательства;
 - ~нестероидные противовоспалительные препараты;
 - =локальное введение глюкокортикостероидов.
- }**

Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полимиозита: {

- ~антинуклеарный фактор;
 - ~ревматоидный фактор;
 - ~антитела к мышечным антигенам;
 - =повышение в крови уровня креатинкиназы.
- }**

Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является: {

- ~формирование синдесмофитов между телами позвонков;
 - ~кальцификация межпозвоночных дисков;
 - =уменьшение промежутков между телами позвонков;
 - ~усиление грудного кифоза.
- }**

После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через: {

- ~1-2 года;
 - =2-3 недели;
 - ~4 дня;
 - ~5 месяцев.
- }**

К ранним признакам ревматизма относятся: {

~малая хорея;
~диастолический шум над аортой;
=артрит;
~формирование порока сердца.
}

К поздним признакам ревматизма относится: {

~вальвулит;
=хорея;
~кардит;
~узловатая эритема.
}

Для малой хореи характерно: {

~развитие симптомов через 7-10 дней после стрептококковой инфекции;
~головная боль;
=гипотония мышц;
~эпилептические припадки.
}

Для первичного ревмокардита характерно: {

~экстрасистолия;
=систолический шум на верхушке;
~протодиастолический шум на верхушке;
~мерцательная аритмия.
}

Ревматическому эндокардиту соответствует: {

=формирование пороков;
~нарушение атриовентрикулярной проводимости;
~деформация в суставах;
~отрицательный зубец Т на ЭКГ.
}

Воспалительные изменения при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях: {

=СРБ;
~АЛТ
~церулоплазмин;
~ДФА-пробы.
}

Препаратами выбора у пациентов с подагрой являются: {

~мочегонные;
~бета-адреноблокаторы;
=сартаны;
~препараты центрального действия.
}

Типичным поражением почек при системной красной волчанке является: {

~поликистоз;

~амилоидоз;
=гломерулонефрит;
~пиелонефрит
}

Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является: {

~острая ревматическая лихорадка;
~ревматоидный артрит;
~системная красная волчанка;
=псориатическая артропатия.
}

Диагностическое значение при дерматомиозите имеет: {

~повышение уровня белков острой фазы;
~умеренный лейкоцитоз;
~наличие гемолитической анемии;
=высокая активность креатинфосфокиназы.
}

Для болезни Рейтера в диагностике характерно: {

=обнаружение хламидий;
~появление протеинурии;
~повышение ревматоидного фактора;
~повышение СОЭ.
}

К серонегативным спондилоартритам относят: {

!деформирующий остеоартроз;
=псориатический артрит;
!ревматоидный артрит;
!подагрический артрит.
}

Типичной для системной красной волчанки является малая триада симптомов: {

=полиартрит, полисерозит, дерматит;
~олигоартрит, пневмония, полимиоклонус;
~олигоартрит, атрофия мышц, демодекоз;
~полиартрит, хронический тонзиллит, уретрит.
}

Персистирующий односторонний сакроилеит характерен для: {

~подагры;
~болезни Бехтерева;
~остеоартроза;
=синдрома Рейтера.
}

Отличительным признаком системной склеродермии от системной красной волчанки является: {

=наличие в крови антител к антигену Scl-70;

- ~поражение легких;
- ~обнаружение ревматоидного фактора;
- ~присутствие в крови единичных LE-клеток.

}

Характерным признаком дерматомиозита является: {

- ~остеолиз ногтевых фаланг;
- ~«бабочка» на лице;
- =резкая мышечная слабость;
- ~деформация суставов.

}

При системной склеродермии симптомы сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, отсутствия слезы характерны для синдрома: {

- =Шегрена;
- ~Жакку;
- ~Рейно;
- ~Тибьерже-Вайссенбаха.

}

К диагностическим критериям гранулематоза с полиангиитом относят: {

- ~полинейропатию;
- ~миокардит;
- ~ишемический колит;
- =ринит, фарингит.

}

Самым частым вариантом поражения почек при системной красной волчанке является: {

- =гломерулонефрит;
- ~амилоидоз;
- ~энзимопатия;
- ~тубулопатия.

}

Синдром Рейно чаще является первым проявлением: {

- ~узелкового полиартериита;
- ~ревматоидного артрита;
- ~дерматомиозита;
- =системной склеродермии.

}

Для системной склеродермии характерно наличие: {

- ~геморрагической сыпи;
- ~уртикарной сыпи;
- ~гелиотропной эритемы;
- =синдрома Рейно.

}

Критерием диагноза узелкового полиартериита является: {

- ~развитие полиартрита;
- =наличие вируса гепатита В;

~легочное кровотечение;
~поражение верхних дыхательных путей.
}

Противопоказанием к назначению тиазидных диуретиков является: {

~сахарный диабет;
~инсульт в анамнезе;
~ИБС;
=подагра.
}

При системной красной волчанке наиболее частыми проявлениями поражения системы крови являются: {

=гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения;
~дизэритропоэтическая анемия, нейтрофилез, тромбофилия;
~сидероахрестическая анемия, лимфоцитоз, тромбоцитоз;
~гемолитическая анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопатия.
}

Для кожной формы красной волчанки характерен симптом: {

~Кёбнера;
~Асбо-Хансена;
~Никольского;
=Бенье-Мещерского.
}

Критерием диагноза системной красной волчанки является: {

=серозит;
~пульмонит;
~гепатит;
~полинейропатия.
}

К ортезам относятся: {

~давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей;
~циркулярные (сплошные) повязки, применяемые для иммобилизации конечности и туловища при переломах;
~средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки);
=функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, тугоры, бандажи, пояса и т.д.).
}

Остеоартроз характеризуется наличием: {

=нормальных показателей крови;
~тромбоцитоза;
~анемии;
~лейкоцитоза.
}

При частичном разрыве скелетных мышц первая помощь не включает: {

=изометрическую лечебную гимнастику и теплые ванны;

~иммобилизацию конечности гипсовой лангетой или тугого бинтования в области повреждения мышцы;
~футлярной новокаиновой блокады выше места повреждения;
~отсасывающий массаж.
}

У больных артритом и артрозом на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает: {
=лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу;
~динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол;
~динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол;
~изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры.
}

Периодическое «заклинивание» сустава наиболее характерно для: {
~псориатической артропатии;
~ревматоидного артрита;
~подагры;
=остеоартроз.
}

Лабораторным маркером серонегативных спондилоартритов является: {
=HLA-B27;
~АЦЦП;
~АНЦА;
~АНФ.
}

Клинический и биохимический анализы крови при остеоартрите, как правило, демонстрируют: {
~гипохромную анемию;
=нормальные показатели;
~увеличение трансаминаз;
~интенсивное воспаление.
}

К методам лечения, не входящим в комплекс лечения идиопатического сколиоза, относится: {
=медикаментозная терапия;
~лечебная физкультура;
~массаж;
~мануальная терапия.
}

?Узелки Гебердена и Бушара характерны для: {
~болезни Бехтерева;
=остеоартроз;
~ревматоидного артрита;
~болезни Рейно.
}

Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о: {

- ~псориатическом артрите;
 - ~ревматоидном артрите;
 - ~пояснично-крестцовом остеохондрозе;
 - =анкилозирующем спондилите
- }**

Рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) является: {

- ~округлый дефект костей черепа;
 - ~остеофит пяточных костей и костей таза;
 - =двусторонний сакроилеит;
 - ~односторонний сакроилеит.
- }**

Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является: {

- ~системная красная волчанка;
 - ~острая ревматическая лихорадка;
 - ~ревматоидный артрит;
 - =псориатическая артропатия.
- }**

При анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева) первыми вовлекаются суставы: {

- =корневые;
 - ~дистальные межфаланговые;
 - ~коленные;
 - ~проксимальные межфаланговые.
- }**

Поражения соединительной ткани при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях: {

- ~ревматоидный фактор;
 - =церулоплазмин;
 - ~ускорение СОЭ;
 - ~лейкоцитарный сдвиг влево.
- }**

У больных артритом и артрозом на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура исключает: {

- `ходьбу;
 - ~гимнастику в бассейне;
 - ~лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств;
 - =волейбол.
- }**

У больных артритом и артрозом на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает: {

- ~динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол;
- ~динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол;
- ~изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры;

=лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, **ходьбу**.
}

Реабилитационные мероприятия включают: {

~только проведение восстановительной терапии и санаторно-курортного лечения;

~санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение собаками-проводниками, специализированными автомобилями, психологическую реабилитацию;

=восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, санаторно-курортное лечение, протезирование и ортезирование, обеспечение профессиональной ориентации инвалидов;

~снабжение техническими средствами реабилитации и психологическую реабилитацию.
}

Бальнеология основана на использовании: {

~физических упражнений;

~растительных экстрактов в виде эссенций или эфирных масел;

~особенностей климата;

=минеральных вод и лечебных грязей.

}

Какие препараты противопоказаны при затяжном течении ревматизма? {

~кортикостероиды;

~цитостатики;

=нестероидные противовоспалительные средства;

~антибиотики.

}

Развитию ревматизма способствует возбудитель: {

~стафилококк;

=бета-гемолитический стрептококк;

~вирус Коксаки;

~кишечная палочка.

}

Задачи ЛФК при болезнях суставов исключают: {

~улучшение кровообращения и питания сустава;

~противодействие развитию тугоподвижности сустава;

~повышение работоспособности больного;

=снятие болей в покое.

}

Интенсивность массажа в возрасте от 60 лет и старше в начале курса: {

~умеренная;

~не имеет значения;

~сильная;

=слабая.

}

Для недостаточности аортального клапана характерно: {

- =диастолический шум в V точке;
- ~ундуляция шейных вен;
- ~систолический шум во II межреберье слева;
- ~диастолический шум во II межреберье слева.

}

При недостаточности аортального клапана могут определяться следующие симптомы: {

- ~усиление I тона;
- ~ритм перепела;
- =ослабление II тона над аортой;
- ~шум Флинта.

}

Наиболее эффективным компонентом санаторно-курортной реабилитации больных ревматизмом является: {

- ~фототерапия;
- =бальнеотерапия;
- ~ЛФК;
- ~пеллоидотерапия.

}

Противопоказанием к проведению санаторно-курортного этапа реабилитации больным с ХРБС является: {

- ~фаза ремиссии;
- =непрерывно-рецидивирующее течение;
- ~бициллинопрофилактика;
- ~лечение НПВП.

}

Санаторно-курортный этап реабилитации больных с ХРБС включает: {

- ~метаболическую терапию;
- ~медикаментозное лечение;
- ~бициллинопрофилактику;
- =бальнеотерапию;

}

Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больным с ХРБС является: {

- ~выраженный суставной синдром;
- ~лихорадка;
- =завершение курса стационарного лечения ОРЛ;
- ~завышенные титры противострептококковых антител.

}

Диспансерный этап реабилитации ХРБС предполагает: {

- ~лечение НПВП больных;
- =регулярные осмотры больных;
- ~лечение глюкокортикостероидами;
- ~лечение метаболическими препаратами.

}

Для ревматического полиартрита характерно: {

- ~стойкая деформация суставов;
 - ~нестойкая деформация суставов;
 - = поражение крупных и средних суставов;
 - ~поражение мелких суставов.
- }**

К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит? {

- =воспалительным;
 - ~дегенеративным;
 - ~метаболическим;
 - ~реактивным.
- }**

Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите? {

- ~дистальные межфаланговые суставы;
 - =проксимальные межфаланговые суставы;
 - ~первый пястно-фаланговый сустав;
 - ~суставы шейного отдела позвоночника.
- }**

Симптомом для ранней диагностики ревматоидного артрита является: {

- ~латеральная девиация суставов кистей;
 - ~болезненность при пальпации ахиллова сухожилия;
 - =утренняя скованность;
 - ~деформация проксимальных межфаланговых суставов.
- }**

Об активности ревматоидного артрита свидетельствует: {

- =ускорение СОЭ;
 - ~повышение билирубина;
 - ~повышение АЛТ;
 - ~высокий титр АСЛ-0.
- }**

При осмотре больного ревматоидным артритом обнаруживается: {

- ~покраснение в области суставов;
 - ~узловатая эритема;
 - =ульнарная девиация пальцев кисти;
 - ~хруст в суставах.
- }**

Для ревматоидного артрита характерно: {

- ~ не симметричное поражение суставов;
 - =симметричность поражения суставов;
 - ~поражение дистальных межфаланговых суставов;
 - ~выраженная гиперемия в области суставов.
- }**

Наиболее характерным легочным проявлением ревматоидного артрита является: {

- ~кровохарканье;

~высокое содержание глюкозы в плевральной жидкости (более 20 мг%);
=фиброзирующий альвеолит;
~пневмонит.
}

Лабораторным признаком активности ревматоидного артрита является: {
=наличие СРБ;
~повышение АСТ;
~повышение ЛДГ;
~лейкоцитоз.
}

При осложнении ревматоидного артрита, анализ мочи является информативным тестом при {
~синдроме Хаммена-Рича;
~перикардите;
=амилоидозе;
~дигитальном ангиите.
}

Средствами базисной терапии ревматоидного артрита являются: {
=метотрексат;
~аспирин;
~преднизолон;
~ибупрофен.
}

Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС-терапии? {
~интерстициальный нефрит;
~плеврит;
=амилоидоз;
~интерстициальный фиброз легких.
}

Что входит в основную задачу ЛФК при реабилитации больных ревматоидным артритом? {
~повышение адаптации дыхательной системы;
~повышение адаптации сердечно-сосудистой системы;
~повышение физической работоспособности;
=активация оссификации.
}

Санаторный этап реабилитации при ревматоидном артрите противопоказан при: {
=наличии обострений у больного с преимущественно суставной формой; ~вне
фазы обострения;
~с затухающими экссудативными явлениями в суставах;
~наличии деформаций и контрактур.
}

Лечебная гимнастика при ревматоидном артрите применяется: {

~в период приема базисных препаратов;
~в период экссудативных явлений в суставах;
~после лечение глюкокортикостероидами;
=после стихания выраженных экссудативных явлений в суставах.
}

При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы: {

~позвоночника;
=межфаланговые;
~крестцово-подвздошного сочленения;
~челюстно-лицевые.
}

Какая патология считается специфической для подросткового возраста? {

~хронический пиелонефрит;
~плоскостопие;
~сколиоз;
=ювенильный ревматоидный артрит.
}

Клинические признаки реактивного артрита: {

~симметричный артрит мелких суставов кистей;
=асимметричный артрит суставов нижних конечностей;
~двусторонний сакроилеит;
~симметричный артрит суставов нижних конечностей.
}

Поражение каких суставов наиболее характерно для реактивного артрита? {

~пястно-фаланговых;
=плюсне-фаланговых;
~локтевых;
~тазобедренных.
}

Признаки болезни Рейтера: {

~миозит;
~плеврит;
=уретрит;
~частое обнаружение ревматоидного фактора.
}

Отметить наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера: {

~ИБС;
=аортальная недостаточность;
~митральный стеноз;
~гипертоническая болезнь.
}

Лабораторными признаками болезни Рейтера являются: {

~ревматоидный фактор;
=повышение СОЭ;

~протеинурия;
~анемия.
}

Наиболее эффективные средства для санации очага инфекции при реактивном артрите: {

~индометацин;
=азитромицин;
~пенициллин;
~сульфаниламиды.
}

Терапию какими препаратами считают основной при анкилозирующем спондилите? {

~кортикостероидами;
=НПВС;
~производными 4-аминохинолина;
~цитостатиками.
}

Что представляют собой тофусы? {

~отложение в тканях холестерина;
=отложение в тканях уратов;
~остеофиты;
~уплотнение подкожной клетчатки.
}

Какой препарат не назначают в остром периоде подагрического артрита? {

=сульфасалазин;
~преднизолон;
~индометацин;
~колхицин.
}

Положительный эффект от ежедневного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при: {

~ревматоидном артрите;
~болезни Бехтерева;
=подагре;
~пирофосфатной артропатии.
}

Критерии предположительного диагноза подагры: {

~узелки Бушара;
~двусторонний сакроилеит;
~узелки Гебердена;
=припухание и боль в плюснефаланговом суставе.
}

При псориатического артрите наблюдается: {

=поражение дистальных межфаланговых суставов;
остеофиты;

~тофусы;
~"штампованные" дефекты эпифизов костей.
}

До установления точного диагноза можно начать лечение артрита с: {

~сульфаниламидов;
~антибиотиков;
=нестероидных противовоспалительных препаратов;
~преднизолона.
}

Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о: {

~псориатическом артрите;
~ревматоидном артрите;
~пояснично-крестцовом остеохондрозе;
=анкилозирующем спондилите
}

Рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева) является: {

~округлый дефект костей черепа;
~остеофит пяточных костей и костей таза;
=двусторонний сакроилеит;
~односторонний сакроилеит.
}

Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является: {

~системная красная волчанка;
~острая ревматическая лихорадка;
~ревматоидный артрит;
=псориатическая артропатия.
}

При анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева) первыми вовлекаются суставы: {

=корневые;
~дистальные межфаланговые;
~коленные;
~проксимальные межфаланговые.
}

Какие признаки характерны для артроза? {

=механические боли;
~повышение кожной температуры над суставами;
~припухлость суставов;
~гиперпигментация кожи над пораженными суставами.
}

Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей? {

~деформация сустава;

~хруст в суставе;
=припухлость сустава;
~боль возникает при нагрузке на сустав.
}

Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара? {

=проксимальных межфаланговых суставов кисти;
~дистальных межфаланговых суставов кисти;
~коленного сустава;
~первого плюснефалангового сустава.
}

Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу? {

~лейкоцитоз;
~лейкопения;
~тромбоцитопения;
=нормальные показатели крови.
}

Что из нижеперечисленного составляет характерную рентгенологическую картину остеоартроза? {

~остеопороз;
~множественные эрозии суставных поверхностей;
=остеофитоз;
~сужение суставной щели.
}

Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза? {

~дистальных межфаланговых;
~проксимальных межфаланговых;
=лучезапястных;
~коленных.
}

Перечислите препараты базисной терапии остеоартроза: {

~преднизолон;
~индометацин;
=румалон;
~делагил.
}

Для грязевых аппликаций при ДОА без синовита применяется температура в пределах: {

~40°-41°;
=42°-44°;
~38°-39°;
~36°-37°.
}

Для грязевых аппликаций при ДОА с синовитом применяется температура в пределах: {

~32°-33°;
~36°-37°;
~34°-35°;
=38°-40°.
}

Санаторный этап реабилитации при ДОА показан: {

~3 раза в год;
~2 раза в год;
=1 раз в год;
~1 раз в 2 года.
}

Что относится к факторам риска остеопороза?{

~негроидная раса;
~высокая физическая активность;
=женский пол;
~повышенный вес тела.
}

Для суставного синдрома при СКВ характерно: {

~частое развитие контрактур;
~преимущественное поражение коленных суставов;
=преимущественное поражение мелких суставов кисти;
~преимущественное поражение тазобедренных суставов.
}

Поражение кожи при СКВ предполагает наличие: {

~кольцевидной эритемы;
="бабочки" типа центробежной эритемы;
~папулезно-пустулезной сыпи;
~чешуйчатого лишая .
}

Классической диагностической триадой при СКВ является: {

~нефрит, дерматит, серозит;
~ артрит, дерматит, кардит;
~артрит, дерматит, нефрит;
=артрит, дерматит, серозит
}

Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ характерно: {

=грубый систолический шум на верхушке;
~усиление I тона на верхушке;
~ослабление II тона над легочной артерией;
~грубый диастолический шум на верхушке.
}

Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие: {

~амилоидоза;
~почечнокаменной болезни;
~пиелонефрита;

=гломерулонефрита.

}

Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ? {

~эритроцитоз;

=гемолитическая анемия;

~лейкоцитоз;

~тромбоцитоз .

}

К основным диагностическим признакам склеродермии относятся: {

~очаговый и диффузный нефрит;

~синдром Шегрена;

=истинная склеродермическая почка;

~полиневрит.

}

К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся: {

~базальный пневмосклероз;

~поражение кишечника;

=гиперпигментация кожи;

~остеолиз.

}

CREST-синдром характеризуется развитием: {

~кардита;

~эрозий;

=синдрома Рейно;

~цистита

}

Из поражений сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии наиболее типичным является: {

~митральный стеноз;

~аортальная недостаточность;

~экссудативный перикардит;

=крупноочаговый кардиосклероз.

}

Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются: {

=кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев;

~остеофитоз;

~поражение крупных суставов;

~спондилит.

}

Препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии: {

~мовалис;

=колхицин;

~индометацин;

~азатиоприн.

}

Какой из вариантов течения узелкового периартериита развивается у женщин?
{

~классический;

=астматический;

~тромбангиитический;

~моноорганный.

}

При остром течении узелкового периартериита назначают: {

~антибиотики;

~плаквенил;

=преднизолон и циклофосфамид;

~Д-пеницилламин.

}

Поражение почек при узелковом периартериите может включать: {

~некроз коркового слоя;

~папиллярный некроз;

=гломерулонефрит с нефротическим синдромом;

~амилоидоз.

}

Ревматоидный артрит относится к заболеваниям: {

~реактивным;

=воспалительным;

~метаболическим;

~дегенеративным.

}

Ревматическая лихорадка вызывается: {

=β-гемолитическим стрептококком группы А;

~β-гемолитическим стрептококком группы С;

~вирусом Эпштейн-Барр;

~золотистым стафилококком.

}

Скованность при ревматоидном артрите возникает после: {

~принятия горячей ванны;

~периода активности;

=периода покоя;

~физиопроцедуры.

}

Длительность профилактического курса пенициллиновых производных у больных, перенесших острую ревматическую лихорадку без формирования порока сердца, составляет _____ после перенесенной атаки: {

~5 лет;

~3 года;

~40 лет;

=10 лет.

}

При назначении метотрексата контролировать безопасность позволяет: {

- ~клинический анализ мочи;
- ~уровень альбумина в крови;
- ~уровень холестерина в крови;
- =клинический анализ крови.

}

После перенесенной стрептококковой инфекции ревматическая лихорадка возникает через: {

- =2-3 недели;
- ~1-2 года;
- ~10 месяцев;
- ~4 дня.

}

Наиболее типичным признаком ревматической лихорадки является: {

- ~кольцевидная эритема;
- ~узловатая эритема;
- ~малая хорея;
- =«летучий» артрит.

}

Главным показателем аутоиммунной природы ревматоидного артрита является: {

- =наличие ревматоидного фактора;
- ~обнаружение антител к гладкой мускулатуре;
- ~обнаружение LE-клеток;
- ~наличие высоких титров антистрептолизина.

}

Ревматоидный фактор представляет собой: {

- ~антитело к синовиальной оболочке;
- ~простагландин;
- ~b-макроглобулин;
- =антитело к FC-фрагменту агрегированного IgM.

}

Самой частой причиной приобретенного митрального порока сердца является: {

- ~перикардит;
- ~инфекционный эндокардит;
- ~инфаркт миокарда;
- =ревматическая лихорадка.

}

Характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке является эритема; {

- ~узловатая;
- =кольцевидная;
- ~мигрирующая;

~экссудативная.

}

Критериями раннего ревматоидного артрита являются: {

=воспаление более 3-х суставов; поражение пястно-фаланговых и/или плюснефаланговых суставов; утренняя скованность > 30 мин;

~поражение 2-3-х суставов; очень интенсивная боль; интермиттирующая лихорадка; болевые точки в местах прикрепления сухожилий;

~воспаление более 2-х суставов; поражение коленных и/или плечевых суставов; утренняя скованность >2 часов;

~поражение ≥ 1 сустава; значительный внутрисуставной выпот; дистрофические изменения кожи вокруг пораженного сустава.

}

При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы: {

~коленные;

~крестцово-подвздошные;

=проксимальные межфаланговые;

~позвоночника.

}

Критерием диагноза острой ревматической лихорадки является: {

=полиартрит;

~пневмонит;

~гломерулонефрит;

~геморрагический васкулит.

}

Дополнительным методом исследования, применяемым для диагностики пороков сердца, является: {

~проба с физической нагрузкой – велоэргометрия;

~сцинтиграфия сердца с таллием для визуализации порока;

=эхокардиография с доплероанализом;

~коронароангиография с вентрикулографией.

}

Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является: {

~сухой перикардит;

~миокардит;

~фибропластический эндокардит;

=коронарит.

}

Особенность полиневритов при узелковом периартериите: {

=асимметричность поражения;

~симметричность поражения;

~быстрое развитие;

~всегда только чувствительные слабости по типу "носков" и "перчаток".

}

Признаки дерматомиозита: {

=стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами;
~васкулитная "бабочка";
~коронариит;
~кольцевидная эритема.
}

Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите? {

~холестерин;
=креатининурия;
~мочевая кислота;
!щелочная фосфатаза.
}

Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита? {

~азатиоприн;
~коринфар;
=преднизолон;
~делагил.
}

Какой должна быть суточная доза преднизолона при остром дерматомиозите? {

=80-100 мг;
~60 мг;
~40 мг;
~20 мг.
}

Артрит, уретрит, конъюнктивит-триада, типичная для: {

=синдрома Рейтера;
~синдрома Фелти;
~ревматоидного артрита;
~СКВ.
}

Какую рентгенограмму целесообразно сделать для подтверждения болезни Бехтерева? {

~голеностопных суставов;
~тазобедренных суставов;
=позвоночника;
~коленных суставов.
}

Для ризомиелической формы болезни Бехтерева характерно: {

~поражение позвоночника;
=поражение позвоночника и корневых суставов;
~поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп;
~поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных).
}

Скандинавский вариант болезни Бехтерева похож на суставной синдром при: {

=ревматоидном артрите;
!болезни Рейтера;
!подагре;
!СКВ.
}

Клинические признаки б. Бехтерева: {

=нарушение подвижности позвоночника;
~утренняя скованность в мелких суставах;
~"стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах;
~ульнарная девиация кисти.
}

Рентгенологическими признаками болезни Бехтерева являются: {

~односторонний сакроилеит;
~округлые дефекты костей черепа;
~ "стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах;
=остеофиты пяточных костей и костей таза.
}

Диагноз б. Бехтерева можно предположить на основании: {

~болей механического типа в суставах;
~артрита плюсне-фалангового сустава;
~болей в пояснице;
=ранних признаков двустороннего сакроилеита на рентгенограмме.
}

Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат: {

~ампициллин ;
~дигоксин;
~делагил;
=бициллин.
}

Препаратами выбора у пациентов с подагрой являются: {

~мочегонные;
~бета-адреноблокаторы;
=сартаны;
~препараты центрального действия.
}

Типичным поражением почек при системной красной волчанке является: {

~поликистоз;
~амилоидоз;
=гломерулонефрит;
~пиелонефрит
}

Наиболее частой причиной полиартрита с поражением дистальных межфаланговых суставов кистей является: {

~острая ревматическая лихорадка;
~ревматоидный артрит;
~системная красная волчанка;
=псориатическая артропатия.
}

Диагностическое значение при дерматомиозите имеет: {
~повышение уровня белков острой фазы;
~умеренный лейкоцитоз;
~наличие гемолитической анемии;
=высокая активность креатинфосфокиназы.
}

Для болезни Рейтера в диагностике характерно: {
=обнаружение хламидий;
~появление протеинурии;
~повышение ревматоидного фактора;
~повышение СОЭ.
}

К серонегативным спондилоартритам относят: {
!деформирующий остеоартроз;
=псориатический артрит;
!ревматоидный артрит;
!подагрический артрит.
}

Типичной для системной красной волчанки является малая триада симптомов:
{
=полиартрит, полисерозит, дерматит;
~олигоартрит, пневмония, полимиоклонус;
~олигоартрит, атрофия мышц, демодекоз;
~полиартрит, хронический тонзиллит, уретрит.
}

Персистирующий односторонний сакроилеит характерен для: {
~подагры;
~болезни Бехтерева;
~остеоартроза;
=синдрома Рейтера.
}

Отличительным признаком системной склеродермии от системной красной волчанки является: {
=наличие в крови антител к антигену Scl-70;
~поражение легких;
~обнаружение ревматоидного фактора;
~присутствие в крови единичных LE-клеток.
}

Характерным признаком дерматомиозита является: {
~остеолиз ногтевых фаланг;

~«бабочка» на лице;
=резкая мышечная слабость;
~деформация суставов.
}

При системной склеродермии симптомы сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, отсутствия слезы характерны для синдрома: {

=Шегрена;
~Жакку;
~Рейно;
~Тибъерже-Вайссенбаха.
}

К диагностическим критериям гранулематоза с полиангиитом относят: {

~полинейропатию;
~миокардит;
~ишемический колит;
=ринит, фарингит.
}

Самым частым вариантом поражения почек при системной красной волчанке является: {

=гломерулонефрит;
~амилоидоз;
~энзимопатия;
~тубулопатия.
}

Синдром Рейно чаще является первым проявлением: {

~узелкового полиартериита;
~ревматоидного артрита;
~дерматомиозита;
=системной склеродермии.
}

Для системной склеродермии характерно наличие: {

~геморрагической сыпи;
~уртикарной сыпи;
~гелиотропной эритемы;
=синдрома Рейно.
}

Критерием диагноза узелкового полиартрита является: {

~развитие полиартрита;
=наличие вируса гепатита В;
~легочное кровотечение;
~поражение верхних дыхательных путей.
}

Противопоказанием к назначению тиазидных диуретиков является: {

~сахарный диабет;
~инсульт в анамнезе;

~ИБС;
=подагра.
}

При системной красной волчанке наиболее частыми проявлениями поражения системы крови являются: {

=гипохромная анемия, лейкопения, тромбоцитопения;
~дизэритропоэтическая анемия, нейтрофилез, тромбофилия;
~сидероахрестическая анемия, лимфоцитоз, тромбоцитоз;
~гемолитическая анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопатия.
}

Для кожной формы красной волчанки характерен симптом: {

~Кёбнера;
~Асбо-Хансена;
~Никольского;
=Бенье-Мещерского.
}

Критерием диагноза системной красной волчанки является: {

=серозит;
~пульмонит;
~гепатит;
~полинейропатия.
}

К ортезам относятся: {

~давящие повязки для уменьшения отечности мягких тканей;
~циркулярные (сплошные) повязки, применяемые для иммобилизации конечности и туловища при переломах;
~средства, используемые для облегчения передвижения (трости, костыли, ходунки);
=функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата (шины, воротники, тютеры, бандажи, пояса и т.д.).
}

Остеоартроз характеризуется наличием: {

=нормальных показателей крови;
~тромбоцитоза;
~анемии;
~лейкоцитоза.
}

При частичном разрыве скелетных мышц первая помощь не включает: {

=изометрическую лечебную гимнастику и теплые ванны;
~иммобилизацию конечности гипсовой лангетой или тугого бинтования в области повреждения мышцы;
~футлярной новокаиновой блокады выше места повреждения;
~отсасывающий массаж.
}

У больных артритом и артрозом на санаторном этапе реабилитации лечебная физкультура включает: {

=лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств, ходьбу;

- ~динамические упражнения для пальцев стопы, волейбол;
 - ~динамические упражнения в коленном суставе, баскетбол;
 - ~изометрического напряжения мышц стопы и голени, подвижные игры.
- }**

Периодическое «заклинивание» сустава наиболее характерно для: {

- ~псориатической артропатии;
- ~ревматоидного артрита;
- ~подагры;
- =остеоартроз.

}

Лабораторным маркером серонегативных спондилоартритов является: {

- =HLA-B27;
- ~АЦЦП;
- ~АНЦА;
- ~АНФ.

}

Клинический и биохимический анализы крови при остеоартрите, как правило, демонстрируют: {

- ~гипохромную анемию;
- =нормальные показатели;
- ~увеличение трансаминаз;
- ~интенсивное воспаление.

}

К методам лечения, не входящим в комплекс лечения идиопатического сколиоза, относится: {

- =медикаментозная терапия;
- ~лечебная физкультура;
- ~массаж;
- ~мануальная терапия.

}

?Узелки Гебердена и Бушара характерны для: {

- ~болезни Бехтерева;
- =остеоартроз;
- ~ревматоидного артрита;
- ~болезни Рейно.

Раздел: Болезни пищеварительной системы

К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз хронического гастрита, не относится: {

- ~анализ желудочного сока;
- ~рентгенография желудка;
- ~морфологическое исследование слизистой оболочки желудка;

=дуоденальное зондирование.

}

Наличие триады симптомов: стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея указывает на: {

=синдром Золлингера-Эллисона;

~язвенную болезнь с локализацией в желудке;

~язвенную болезнь с локализацией в постбульбарном отделе;

~хронический панкреатит.

}

О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка: {

~лимфоцитами;

~плазматическими клетками;

=лейкоцитами;

~эозинофилами.

}

Гастрин секретируется: {

=антральным отделом желудка;

~фундальным отделом желудка;

~слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;

~слизистой оболочкой тощей кишки.

}

Для клиники хронического гастрита характерно: {

~субфебрильная температура;

~умеренный лейкоцитоз;

=диспепсический синдром;

~спастический стул.

}

Наличие эрозий в антральном отделе желудка характерно для: {

~острого гастрита;

~гранулематозного гастрита;

~болезни Менетрие;

=хеликобактерной инфекции.

}

Общее количество желудочного сока, отделяющегося у человека при обычном пищевом режиме: {

~0,5-1,0 л;

~1,0-1,5 л;

=1,5-2,0 л;

~2,0-2,5 л.

}

Наиболее надежным тестом для диагностики синдрома Золлингера-Эллисона, является: {

~базальная кислотопродукция;

~максимальная кислотопродукция;

=уровень гастрина в крови;
~данные ЭГДС.
}

Гастрин крови снижается при пероральном приеме: {

=соляной кислоты;
~антигистаминных препаратов;
~антихолинергических средств;
~желчегонных препаратов.
}

Одним из самых ранних симптомов при подозрении на рак желудка, является: {

~метеоризм;
~похудение;
=немотивированная потеря аппетита;
~тахикардия.
}

Причиной поносов может быть: {

~полипоз желудка;
~рак желудка;
~эрозивный гастрит;
=гастрит типа А.
}

Для диагностики хронического гастрита определяющим является: {

~клинические проявления;
~исследование желудочного сока;
~ФЭГДС;
=ФЭГДС с биопсией.
}

Обсеменение Нр характерно для гастрита: {

~фундального;
=антрального;
~аутоиммунного;
~реактивного.
}

При диагностике хронического гастрита определяющим является: {

~клиника;
~исследование желудочного сока;
~ФЭГДС;
=ФЭГДС с биопсией.
}

На Нb-pylori оказывает влияние: {

=де-нол;
~вентер;
~фосфалюгель;
~даларгин.

}

Длительность эрадикационной терапии Hb-pylori составляет: {

=10-14 дней;

~7 дней;

~21 день;

~1 месяц.

}

Основную роль в патогенезе атрофического гастрита играет: {

~инфицирование Hb-pylori;

~длительный прием НПВС;

=аутоиммунный механизм ;

~воздействие химических агентов.

}

Helicobacter pylori представляет собой: {

~грамположительную палочку;

~грамположительный кокк;

=грамотрицательную микроаэрофильную бактерию со жгутиками;

~простейшее.

}

Предрасполагает к развитию рака желудка гастрит: {

=хронический атрофический с кишечной метаплазией ;

~культи желудка;

~хронический, ассоциированный приемом НПВС;

~хронический неатрофический.

}

Желудочную секрецию стимулирует: {

=гастрин;

~секретин;

~холецистокинин;

~соматостатин.

}

Ведущим фактором в возникновении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является: {

!гиперсекреция соляной кислоты;

!употребление грубой пищи;

=хеликобактериоз;

!курение.

}

Гастрин секретируется: {

=антральным отделом желудка;

~фундальным отделом желудка;

~слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки;

~поджелудочной железой.

}

Ведущим признаком перфорации язвы является: {

- ~метеоризм;
 - ~рвота;
 - ~опоясывающая боль;
 - =кинжальная боль в эпигастрии.
- }**

У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является: {

- ~рак желудка;
 - =язвенная болезнь;
 - ~гипертрофия мышц привратника;
 - ~пролапс слизистой оболочки через пилорический канал.
- }**

Объективное исследование пищеварительной системы начинают: {

- =с осмотра ротовой полости;
 - ~оценки состояния зубов;
 - ~с осмотра живота;
 - ~с оценки формы живота.
- }**

При язвенной болезни язык: {

- ~имеет влажную бархатистую поверхность;
 - ~сухой, шершавый, как щетка;
 - =напоминает внешне сочную спелую ягоду;
 - ~гладкий, как бы полированный;
- }**

Частный признак хронического гастрита: {

- =обложенный язык с налётом белого цвета;
 - ~обложенный язык бело-желтовато цвета;
 - ~язык с диффузно-красным окрашиванием;
 - ~язык равномерно розового цвета с беловатой окраской у корня.
- }**

При ожирении ширина складки в околопупочной области составляет: {

- !1 см;
 - ~2-3 см;
 - =4-5 см;
 - ~менее 1 см.
- }**

Поверхностная пальпация живота проводится для решения одной из следующих задач: {

- =выявление зон болезненности передней брюшной стенки;
 - ~прощупывание органов брюшной полости в определенной последовательности;
 - ~исследование паренхиматозных органов (печени, селезёнки и почек);
 - ~выявление пальпаторных изменений тонкой кишки при разных патологических состояниях.
- }**

При висцероптозе живот имеет форму: {

- ~полушария, не изменяющегося при перемене положения тела;

~"лягушачьего живота" с выбухающим пупком;
=в виде отвислого живота, напоминающего "свисающий фартук";
~шара со сглаженным пупком.
}

Исследование желудочной секреции проводится с помощью желудочного зондирования: {

=утром натощак после 12 часового голодания;
~после применения пробного завтрака;
~после аспирации желудочного содержания;
~после промывания желудка физиологическим раствором.
}

К основному методу диагностики хронического гастрита относится: {

~желудочного зондирования;
~рентгеноскопию;
~ФЭГДС;
=гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка.
}

Нормальные показатели объема базальной желудочной секреции в мл/ч составляют: {

=50;
~50 – 100;
~100 – 140;
~180 – 220.
}

Дебит свободной HCl в ммоль/ч по субмаксимальной стимуляции гистамином составляют: {

~0,5 - 1,0;
~1 – 2;
=6,5 – 12;
~16 – 24.
}

Показатель pH желудочного содержимого при гиперацидном характере кислотопродукции равен: {

~1,3 - 1,7;
~1,7 - 3,0;
~3,5 - 4,0;
=1,0 - 1,3.
}

Обзорная рентгенограмма брюшной полости проводится при наличии у пациента: {

~язвенной болезни желудка;
~язвенной болезни 12-ти перстной кишки;
=симптомов острого живота;
~хронического панкреатита.
}

Повышение активности щелочной фосфатазы у больного с циррозом печени может свидетельствовать о: {

- ~присоединении вирусного гепатита;
- ~некрозе гепатоцитов;
- ~печеночной недостаточности;
- =циррозе – раке.

}

Основной рентгенологический признак язвы: {

- ~задержка эвакуации контрастной массы из желудка;
- ~ригидность и утолщение стенок антрального отдела желудка;
- =симптом "ниши" (контура или рельефа) с воспалительным валиком вокруг нее;
- ~грубый ячеистый и неравномерный рисунок рельефа слизистой ("зернистый рельеф").

}

Укажите, какой из приведенных способов рентгенологического исследования желудка и 12-ти перстной кишки используются наиболее часто: {

- ~обзорная рентгенография брюшной полости;
- =искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь "контрастного завтрака";
- ~пневмография желудка;
- ~паристогграфия желудка.

}

Паристогграфия желудка это: {

- ~введение бариевой взвеси в условиях гипотонии желудка и 12-ти перстной кишки, вызванной действием фармакологических средств;
- =раздувание желудка газом в сочетании с введением газа в брюшную полость;
- ~раздувание желудка газом;
- ~раздувание желудка и 12-ти перстной кишки воздухом после введения в них небольшого количества бариевой взвеси.

}

"Золотым стандартом" диагностики *H pylori* считается: {

- ~дыхательный уреазный тест с мочевиной меченной изотопом углерода C13;
- ~исследование биоптата методом фазово-контрастной микроскопии;
- =цитологический метод выявления *H pylori* в мазках отпечатках с гастробиоптата;
- ~выявление антител к *H pylori* в крови.

}

Хронический гастрит типа А характеризуется: {

- ~нормальным уровнем гастрина в крови;
- ~сниженным уровнем гастрина в крови;
- =высоким уровнем гастрина в крови;
- ~снижением выработки гастрина G клетками антрального отдела желудка.

}

Местные расстройства при хроническом гастрите характеризуются следующими симптомами: {

- =тяжестью и чувством давления в подложечной области;
- ~язвенноподобными болями;

~заедами в углах рта;
~жжением в подложечной области.
}

Хронический антральный гастрит протекает: {
!с гипосекрецией соляной кислоты;
~с ахилией;
=с гиперсекрецией соляной кислоты;
~с нормальной секрецией кислоты.
}

К ингибиторам протонной помпы относится: {
=омепразол;
~фамотидин;
~маалокс;
~циметидин.
}

В качестве мер, позволяющих повысить эффективность стандартной тройной терапии рекомендуется добавить к данной схеме: {
~сукральфат;
~ребамипид;
=висмута трикалия дицитрат;
~фосфалюгель.
}

При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после эрадикационной терапии N pylori целесообразно продолжить прием: {
~ингибиторов протонной помпы в течение 8 недель;
=висмута трикалия дицитрата до 4-8 недель;
~итоприда гидрохлорида 6-8 недель;
~сукральфата до 8 недель.
}

Наиболее достоверным методом диагностики хронического гастрита является:
{
~осмотр пациента;
~лабораторное исследование;
=эндоскопическое исследование с биопсией;
~внутрижелудочковая рН-метрия.
}

Эозинофильный гастрит встречается при: {
~болезни Крона;
~туберкулезе;
=системном аллергозе;
~саркоидозе.
}

Причиной гранулематозного гастрита являются: {
=микозы;
~системные аллергозы;

~лимфомы желудка;
~дефекты в иммунной системе слизистых оболочек.
}

При диетотерапии язвенной болезни включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет: {

=к снижению агрессивности желудочного содержимого;
~к повышению агрессивности желудочного содержимого;
~к понижению слизисто-бикарбонатного барьера;
~к диарее.
}

Желудочную секрецию снижает: {

=фамотидин;
~солкосерил;
~сайтотек;
~вентер.
}

Патогенез боли при язвенной болезни с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки не связан с: {

~спазмом в пилородуоденальной зоне;
~повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке;
~глубиной язвы;
=наличием хеликобактерной инфекции.
}

Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является: {

~рвота желчью;
~урчание в животе;
=рвота съеденной накануне пищей;
~вздутие живота.
}

Для клинической картины хронического дуоденита характерна боль в эпигастральной области, возникающая: {

=через 2-3 часа после еды;
~сразу после еды;
~0,5 часов после еды ;
~через 1 час после еды.
}

Фамотидин является: {

~блокатором протонного насоса;
~м-холиноблокатором;
~блокатором гистаминовых H1-рецепторов;
=блокатором гистаминовых H2-рецепторов.
}

Омепразол относится к: {

~м-холиноблокаторам;

~блокаторам гистаминовых H1-рецепторов;
~блокаторам гистаминовых H2-рецепторов;
=блокаторам протонового насоса.
}

К эндоскопическому признаку хеликобактериоза желудка не относят: {

~отек слизистой;
~внутрислизистое кровоизлияние;
~образование эрозий;
=полип.
}

Наиболее частой причиной анемии после резекции желудка по поводу язвенной болезни является: {

=снижение всасывания витамина B12;
~дефицит железа;
~гемолиз;
~дефицит фолиевой кислоты.
}

Для симптоматической язвы характерна: {

=определенность этиологии;
~рецидивирующее течение;
~не эффективность медикаментозной терапии;
~частая пенетрация.
}

Для язвенной болезни желудка в фазе обострения характерна: {

~"ночная" боль в эпигастрии;
~отсутствие аппетита;
~рвота съеденной накануне пищей;
=ранняя боль после приема пищи.
}

Для постбульбарной язвы характерно: {

=боль через 3-4 часа после еды;
~ранняя боль после приема пищи;
~боль за грудиной;
~положительный эффект от приема антацидов.
}

При пенетрации язвы в поджелудочную железу повышается уровень: {

=амилазы;
~липазы;
~глюкозы;
~щелочной фосфатазы.
}

Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно не рубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в подложечной области, похудание. В данном случае можно думать о: {

- ~стенозе выходного отдела желудка;
- =первично язвенной форме рака;
- ~пенетрации язвы;
- ~перфорации язвы.

}

У больного с ЯБ (локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки), появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Ваш диагноз: {

- =органический стеноз пилорoduоденальной зоны;
- ~функциональный стеноз;
- ~рак желудка;
- ~перфорация язвы.

}

У мужчины 50 лет ЯБ луковицы 12-перстной кишки с частыми рецидивами язвы. На терапию H2-блокаторами гистамина был ответ. Обострение осложнилось кровотечением. После лечения фамотидином язва зарубцевалась, остался эрозивный антральный гастрит. Какова ваша тактика? {

- ~поддерживающая терапия фамотидином в течение длительного времени;
- ~хирургическое лечение;
- ~терапия солкосерилом;
- =определение НР и при положительном результате антибактериальная терапия на фоне приема де-нола.

}

Во время акта рвоты наблюдается: {

- ~опущение диафрагмы;
- ~повышение внутрибрюшного давления;
- =сокращение дна желудка;
- ~сокращение антрального отдела.

}

Медикаментозным средством, блокирующим желудочную секрецию, является: {

- =атропин;
- ~кофеин;
- ~гистамин;
- ~инсулин.

}

Анатомическим образованием, которое наиболее часто ограничивает распространение патологического процесса, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, является: {

- ~желчный пузырь;
- ~печень;
- ~малый сальник;
- =поджелудочная железа.

}

Фактором риска язвенной болезни является: {

- ~сахарный диабет;

=язвенная болезнь у близких родственников;
~рефлюкс-эзофагит;
~недостаточность кардии.
}

Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных язвенной болезнью является: {

~обострение заболевания;
=нарушение диеты;
~пенетрация;
~кровотечение.
}

Коррозивный гастрит возникает в результате попадания в желудок: {

=солей тяжелых металлов;
~НПВП;
~желчных кислот;
~панкреатических ферментов.
}

Распространенность хронического гастрита среди заболеваний желудка составляет ____%: {

~40;
~50;
~75;
=85.
}

Хронический гастрит типа А характеризуется: {

~нормальным уровнем гастрина в крови;
~сниженным уровнем гастрина в крови;
=высоким уровнем гастрина в крови;
~снижением выработки гастрина G клетками антрального отдела желудка.
}

Местные расстройства при хроническом гастрите характеризуются следующими симптомами: {

=тяжестью и чувством давления в подложечной области;
~язвенноподобными болями;
~заедами в углах рта;
~жжением в подложечной области.
}

Хронический антральный гастрит протекает: {

!с гипосекрецией соляной кислоты;
~с ахилией;
=с гиперсекрецией соляной кислоты;
~с нормальной секрецией кислоты.
}

К ингибиторам протонной помпы относится: {

=омепразол;
~фамотидин;

~маалокс;
~циметидин.
}

В качестве мер, позволяющих повысить эффективность стандартной тройной терапии рекомендуется добавить к данной схеме: {

~сукральфат;
~ребамипид;
=висмута трикалия дицитрат;
~фосфалюгель.
}

При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после эрадикационной терапии Н рylori целесообразно продолжить прием: {

~ингибиторов протонной помпы в течение 8 недель;
=висмута трикалия дицитрата до 4-8 недель;
~итоприда гидрохлорида 6-8 недель;
~сукральфата до 8 недель.
}

Наиболее достоверным методом диагностики хронического гастрита является:
{

~осмотр пациента;
~лабораторное исследование;
=эндоскопическое исследование с биопсией;
~внутрижелудочковая рН-метрия.
}

Эозинофильный гастрит встречается при: {

~болезни Крона;
~туберкулезе;
=системном аллергозе;
~саркоидозе.
}

Причиной гранулематозного гастрита являются: {

=микозы;
~системные аллергозы;
~лимфомы желудка;
~дефекты в иммунной системе слизистых оболочек.
}

На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений язвенной болезни? {

~поликлиническом;
~диспансерном;
=стационарном;
~санаторном.
}

Показанием к стационарному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является: {

- =обострение заболевания;
 - ~отсутствие приверженности к лечению;
 - ~нарушение диеты;
 - ~сохранение вредных привычек.
- }

Показанием к диспансерному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является: {

- ~кровотечение;
 - ~обострение заболевания;
 - ~пенетрация;
 - =ремиссия заболевания.
- }

Показанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является: {

- ~пенетрация;
 - ~обострение заболевания;
 - =ремиссия заболевания;
 - ~малигнизация.
- }

Прямым признаком язвенной болезни при рентгенологическом исследовании является: {

- ~деформация стенки ;
 - =симптом «ниши»;
 - ~гиперсекреция;
 - ~регионарный спазм.
- }

Противопоказанием к санаторному этапу реабилитации больных язвенной болезнью является: {

- ~ремиссия заболевания;
 - =обострение заболевания;
 - ~возраст больного;
 - ~ожирение.
- }

Кто участвует в реабилитационном процессе? {

- ~педагог;
 - =психолог;
 - ~юрист;
 - ~диетолог.
- }

Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является: {

- ~восстановление социального статуса больного;
- ~психологическая адаптация;

~активная трудовая реабилитация;
=спасение жизни больного.
}

Какова длительность иррадикационной терапии Hb-pylori ? {

~7 дней;
=14 дней;
~21 день;
~ 5 дней.
}

Язва желудка считается гигантской размером: {

~1см;
~0,5 см;
~2 см;
=3см.
}

Нестероидным противовоспалительным препаратом, который реже других вызывает язвенные изменения ЖКТ, является: {

~индометацин;
~вольтарен;
=мелоксикам;
~диклофенак.
}

Блокаторы « протонного насоса»: {

~оказывают стимулирующее действие на моторику желудка, угнетают рвотный рефлекс;
=ингибируют фермент H⁺, K⁺- АТФазу в париетальных клетках желудка;
~повышают уровень базальной секреции соляной кислоты;
~поддерживают уровень внутрижелудочной pH равным 2.
}

Для лечения ЯБ, не ассоциированной с Hpylori, не следует использовать: {

~антациды и альгинат;
~блокаторы H₂-рецепторов гистамина;
~ингибиторы протонной помпы;
=трехкомпонентную схему эрадикационной терапии.
}

В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать: {

~размеры;
~глубину;
~кровоточивость;
=морфологию.
}

В дифференциальной диагностике доброкачественных полипов от полиповидного рака желудка решающее значение имеет: {

- ~локализация;
- ~распространенность (единичные или множественные) ;
- ~поверхность полипа;
- =результат биопсии.

}

Для подтверждения диагноза рака желудка наиболее информативным методом является: {

- ~рентгенологический;
- ~исследование онкомаркеров в крови;
- ~ФЭГДС;
- =ФЭГДС с прицельной биопсией.

}

Экстракардиальной причиной острой недостаточности кровообращения с клинической картиной шока является: {

- =кровотечение;
- ~спонтанный пневмоторакс;
- ~черепномозговая травма;
- ~прободная язва желудка.

}

Наибольший риск развития гепатита D у: {

- ~переболевших вирусным гепатитом А;
- ~переболевших острым гепатитом В;
- =лиц с персистирующей HBs – антигемией;
- ~больных хроническим гепатитом С.

}

Носительство HBs -антигена называется хроническим, если антигемия продолжается: {

- ~до 3 месяцев;
- ~до 6 месяцев ;
- ~более 3 месяцев;
- =более 6 месяцев.

}

Больным гепатитом показана диета: {

- ~стол № 3;
- ~стол № 4;
- ~стол № 9;
- =стол № 5.

}

Интерферон действует: {

- ~антибактериально;
- =противовирусно;
- ~жаропонижающе;
- ~кардиотонически.

}

Объективное исследование пищеварительной системы начинают: {

- =с осмотра ротовой полости;

~оценки состояния зубов;
~с осмотра живота;
~с оценки формы живота.
}

При язвенной болезни язык: {

~имеет влажную бархатистую поверхность;
~сухой, шершавый, как щетка;
=напоминает внешне сочную спелую ягоду;
~гладкий, как бы полированный;
}

Частный признак хронического гастрита: {

=обложенный язык с налётом белого цвета;
~обложенный язык бело-желтовато цвета;
~язык с диффузно-красным окрашиванием;
~язык равномерно розового цвета с беловатой окраской у корня.
}

Для лечения гепатита В применяют: {

=энтекавир;
~азидотимидин;
~невирапин;
~рибавирин.
}

Длительность и эффективность терапии гепатита С зависит от: {

~выраженности симптомов ;
=наличия осложнений;
~генотипа вируса;
~уровня АЛТ/АСТ.
}

В основе лечения хронических гепатитов В, С лежит: {

=противовирусная терапия;
~антибактериальная терапия;
~симптоматическая терапия;
~патогенетическая терапия .
}

Чаще дельта-инфекция возможна при наличии гепатита: {

~С;
~Е;
~А;
=В.
}

Основным критерием для назначения этиотропной терапии больным хроническим вирусным гепатитом является: {

~яркая клиническая картина;
~наличие жалоб у больных;
=активная вирусная репликация;

~наличие дельта-инфекции.

}

При хроническом вирусном гепатите В альфа-интерферон назначают по: {

~20 млн МЕ;

~3 млн МЕ;

~1 млн МЕ;

=4 млн МЕ.

}

К индукторам интерферона относятся: {

~имунал;

~зидовудин;

=цикловир;

~тимоген.

}

Энергетической ценностью пищи при диете №5 является: {

~1500–2000 ккал;

=2500–3000 ккал;

~2800–3000 ккал;

~3000–3500 ккал.

}

Рекомендуемая доза энтекавира при хр. гепатите В составляет: {

=0,5 мг в сутки;

~0,3 мг в сутки;

~0,2 мг в сутки;

~0,1 мг в сутки.

}

«Сосудистые звездочки» и «печеночные ладони» выявляются при: {

~геморрагическом синдроме;

~обезвоживании организма;

=гиперэстрогемии;

~сидеропеническом синдроме.

}

Наиболее частая причина развития хронических диффузных заболеваний печени: {

=гепатотропные вирусы;

~алкоголь;

~наследственные заболевания-болезни накопления;

~токсические гепатотропные агенты.

}

Наиболее распространенной гепатотропной вирусной инфекцией, формирующей хронические диффузные заболевания печени, является: {

=HBv-инфекция;

~НСv-инфекция;

~HAV-инфекция;

~HBv/HDv-инфекция, HDv-инфекция.

}

Экспертами Лосанджелесской классификации хронических гепатитов отдельно не выделяется: {

- ~вирусные гепатиты;
 - ~токсические гепатиты;
 - =алкогольный гепатит;
 - ~криптогенный гепатит.
- }

«Эталонным» лабораторным маркером алкогольного гепатита является: {

- ~повышение трансаминаз;
 - ~повышение гамма-глутаминтранспептидазы;
 - ~сочетанное повышение трансаминаз и гамма-глутаминтранспептидазы;
 - =десилированный трансферрин.
- }

При исследовании трансабдоминальным датчиком стенка желчного пузыря в норме выглядит в виде структуры: {

- =однослойной изоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря;
 - ~двуслойной гипоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря;
 - ~однослойной криволинейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев;
 - ~двуслойной линейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев.
- }

Побочным эффектом применения раздражающих и осмотических слабительных может стать: {

- ~синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна;
 - =лаксативная болезнь;
 - ~синдром раздраженной толстой кишки;
 - ~дивертикулярная болезнь толстой кишки.
- }

К ингибиторам протонной помпы относится: {

- ~фамотидин;
 - ~ранитидин;
 - =омепразол;
 - ~роксатидин.
- }

Отсутствие уробилина в моче указывает на: {

- ~болезнь Жильбера;
 - =обтурационную желтуху;
 - ~паренхиматозную желтуху (период продрома);
 - ~гемолитическую желтуху.
- }

Для лечения псевдомембранозного колита используется: {

- ~цефалексин;
- ~ацикловир;
- ~омепразол;
- =метронидазол.

}

Наиболее информативным методом диагностики язвенного колита и болезни Крона является: {

- ~общий анализ кала;
- ~компьютерная томография;
- =колоноскопия с биопсией;
- ~ирригоскопия с барием.

}

У больного с неалкогольным стеатогепатитом следует выполнять контроль эффективности программы профилактики фиброза и цирроза печени с помощью: {

- ~компьютерно-томографического исследования степени фиброза;
- =фибротеста;
- ~ультразвукового исследования степени фиброза;
- ~магнитнорезонансно-томографического исследования степени фиброза.

}

Исследованием, характеризующим внутрисекреторную функцию поджелудочной железы, является: {

- ~копрограмма;
- ~диастаза мочи;
- =гликемический профиль;
- ~реакция Грегерсена.

}

При назначении иммуносупрессивного лечения больным аутоиммунным гепатитом на доцирротической стадии полная ремиссия достигается у: {

- ~всех пациентов вне зависимости от типа АИГ;
- ~небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа;
- ~небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа;
- =большинства пациентов.

}

Препаратом, применение которого для подавления аммиакпродуцирующей флоры в лечении и профилактике печеночной энцефалопатии одобрено Европейским и Американским обществами по изучению болезней печени, является: {

- =Рифаксимин;
- ~Амоксициллин;
- ~Кларитромицин;
- ~Канамицин.

}

При локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки характерна _____ боль: {

- =в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды;
- ~постоянная, не связанная с приёмом пищи;
- ~схваткообразная в правом подреберье;
- ~тупая, давящая в эпигастрии, усиливающаяся при приёме пищи.

}

Наличие триады симптомов - стойкое повышение желудочной секреции, изъязвление ЖКТ, диарея - указывает на: {

- =синдром Золлингера-Эллисона;
 - ~язвенный колит;
 - ~язвенную болезнь с локализацией в желудке;
 - ~хронический панкреатит.
- }**

При затухании процесса обострения язвы из физических факторов применяют: {

- =микроволновую терапию;
 - ~лампу «Солюкс»;
 - ~подводный душ-массаж;
 - ~электросон.
- }**

Об обострении хронического панкреатита свидетельствует: {

- ~желтуха;
 - ~нарушение толерантности к глюкозе;
 - =гиперамилазурия;
 - ~повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ.
- }**

Воспалительный процесс при язвенном колите почти всегда затрагивает слизистую оболочку кишки: {

- =прямой;
 - ~восходящей ободочной;
 - ~поперечной ободочной;
 - ~подвздошной.
- }**

Спазмолитиком, действующим на мускулатуру сфинктера Одди, кишечника и мочеточников, является: {

- ~Гемикромон;
 - =Дротаверин;
 - ~Мебеверин;
 - ~Пинаверия бромид.
- }**

Принципы лечения хронического лекарственного гепатита включают: {

- ~витамины группы В;
 - ~терапию α-интерфероном;
 - ~физиотерапевтическое лечение;
 - =устранение этиологического фактора.
- }**

Противопоказанием для лечения хронического гепатита с препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является: {

- ~нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ;
- =цирроз печени класс С по Чайлду-Пью;
- ~артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов;

~стенокардия вне зависимости от класса тяжести.

}

При тяжелом алкогольном гепатите для профилактики делирия и судорожного синдрома рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Разрешено использование: {

=Диазепама;

~Карбамазепина;

~Амитриптилина;

~Фенобарбитала.

}

Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с: {

=общим полноценным рационом;

~преобладанием железа;

~преобладанием белков;

~преобладанием углеводов.

}

При ишемическом колите язвенное поражение локализуется в: {

~правой половине поперечной ободочной кишки;

=нисходящем отделе ободочной кишки;

~слепой кишке;

~печеночном изгибе ободочной кишки.

}

Определение активности эластазы кала при хронических заболеваниях поджелудочной железы служит для: {

~диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы;

=оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы;

~дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита;

~оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы.

}

Наиболее характерным осложнением для болезни Крона является: {

~повышенный риск малигнизации;

~кровотечение;

~развитие токсического мегаколона;

=кишечная непроходимость.

}

Наиболее часто при аутоиммунном гепатите применяют: {

~циклоспорин;

=преднизолон;

~ламивудин;

~триамцинолон.

}

После эвакуации 5 и более литров асцитической жидкости пациенту следует внутривенно ввести альбумин из расчета _____ гр на 1 литр удаленной жидкости: {

~10;

~15;

~1;

=7.

}

Для аутоиммунного гастрита не характерно: {

=преимущественное поражение антрального отдела желудка;

~наличие ахлоргидрии;

~наличие гипогастринемии;

~наличие антител к париетальным клеткам желудка.

}

К заболеваниям желудка со сниженной кислотообразующей функцией относят: {

~язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;

~гастрит, ассоциированный с хеликобактер пилори;

~рефлюкс-гастрит;

=аутоиммунный гастрит.

}

Риск аденокарциномы пищевода является максимальным при: {

~цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа;

=кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени;

~цилиндрической метаплазии с железами фундального типа;

~эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения.

}

При определении степени тяжести цирроза, прогностический индекс CHILD-PUGH не включает клиничко- лабораторный показатель: {

~наличия асцита;

~стадии печеночной энцефалопатии;

=количества тромбоцитов;

~протромбинового времени/индекса.

}

После появления клиники острого панкреатита наибольший уровень амилазы крови можно зафиксировать через (в часах): {

~24-48;

~18-24;

~12-18;

=48-72.

}

При аутоиммунном гепатите в крови повышено содержание: {

=гамма-глобулина и IgG;

~альфа1-глобулина и IgE;

~альфа2-глобулина и IgM;

~бета-глобулина и IgA.

}

Фактором, способствующим развитию желчно-каменной болезни, является: {

~хронический панкреатит;

~мужской пол;

=беременность;

~язвенная болезнь.

}

Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает: {

=миалгию;

~ишиалгию;

~брадикардия;

~кашель.

}

Принципы лечения хронического лекарственного гепатита включают: {

~физиотерапевтическое лечение;

~терапию а-интерфероном;

=устранение этиологического фактора;

~витамины группы В.

}

При локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки характерна
_____ боль: {

~схваткообразная в правом подреберье;

~тупая, давящая в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи;

~постоянная, не связанная с приемом пищи;

=в эпигастрии, возникающая натощак и через 2-3 часа после еды.

}

Для оценки нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы определяют активность: {

~эластазы крови;

=эластазы кала;

~липазы кала;

~липазы крови.

}

Назначение блокаторов протонной помпы для постоянного приема при профилактике кровотечений из варикозных вен рекомендуется, если имеются: {

~признаки устойчивого дуоденогастрального рефлюкса;

=очаги портальной гастропатии;

~участки кишечной метаплазии пищевода более 1 мм;

~в анамнезе указания на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки.

}

При применении лактулозы в качестве слабительного средства повышается: {

=осмолярность кала;

~активность слизеобразования колоноцитами;

~контрактивная активность миозина гладкой мускулатуры кишки;

~чувствительность прокинетических рецепторов кишки.

}

При хроническом гастрите лечебную физкультуру назначают: {

=в период стихания процесса обострения;

~в период обострения;

~после полного выздоровления;

~в любой период.

}

Больному с хроническим алкогольным гепатитом при латентном течении показана диета с: {

~преобладанием углеводов;

=общим полноценным рационом;

~преобладанием железа;

~преобладанием белков.

}

Для хронического гепатита С характерно: {

~изолированное повышение АСТ;

=преобладание АЛТ над АСТ;

~преобладание АСТ над АЛТ;

~изолированное повышение АЛТ.

}

Лечение псевдомембранозного колита в легкой форме следует начинать с применения метронидазола: {

~внутривенно;

=внутрь;

~в свечах и в виде ректальной пены;

~внутрь и внутривенно.

}

Препараты лактулозы используются для лечения печеночной энцефалопатии на основании их способности: {

~усиливать связывание аммиака в печени;

=подавлять образование аммиака в кишечнике;

~усиливать выведение аммиака почками;

~подавлять образование аммиака в мышцах.

}

Окончательный диагноз «синдром раздраженной кишки» может быть установлен на основании полного клинико-инструментального обследования и: {

~иммуногистохимического подтверждения;

~гистологического подтверждения;

=исключения других заболеваний;

~ирригоскопического подтверждения.

}

Диарея не поддается антимикробной терапии при: {

~болезни Уиппла;

~доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельном иммуннодефиците;
~остром бактериальном энтерите;
=эозинофильном энтерите.
}

Патогенетическим лечением аутоиммунного гепатита является использование:
{

~препаратов эссенциальных фосфолипидов;
=препаратов глюкокортикостероидов;
~нестероидных противовоспалительных препаратов;
~антигистаминных препаратов.
}

К предъязвленным заболеваниям относят _____ гастрит: {
~аутоиммунный;
~рефлюкс-;
=ассоциированный с хеликобактер пилори;
~ригидный.
}

Увеличение сывороточного альфа-фетопротейна наиболее выражено при: {
~карциноме толстой кишки;
=гепатоцеллюлярном раке;
~раке поджелудочной железы;
~карциноме желчного пузыря.
}

К внекишечным проявлениям болезни Крона относят:
~межкишечные свищи;
=узловатую эритему;
~панкреатогенный сахарный диабет;
~генерализованный эрозивный псориаз.
}

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно исследование: {
~желудочной секреции;
~рентгенологическое;
=биохимическое крови;
~копрологическое.
}

Максимальное значение внутреннего диаметра панкреатического протока в области головки поджелудочной железы у здоровых людей составляет (в мм): {
~5;
~3;
=2;
~4.
}

Пищевод Баррета характеризуется метаплазией: {
~многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа;

=многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа;
~многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов;
~эпителия желудка по кишечному типу.
}

Лечение псевдомембранозного колита в легкой форме следует начинать с применения метронидазола: {

~в свечах и в виде ректальной пены;
=внутрь;
~внутрь и внутривенно;
~внутривенно.
}

С целью профилактики судорожного синдрома и тяги к алкоголю при лечении острого алкогольного гепатита рекомендациями европейского общества по изучению болезней печени 2016 г. Одобрено использование: {

~Сертралина;
~Дисульфирама;
~Фенобарбитала;
=Баклофена.
}

Заподозрить синдром Жильбера можно при увеличении в плазме крови: {

=свободного билирубина;
~уровня холинэстеразы;
~щелочной фосфатазы;
~печеночных трансаминаз.
}

Наиболее часто встречающимся симптомом при диффузном эзофагоспазме является: {

=боль за грудиной;
~регургитация;
~дисфагия;
~одинофагия.
}

Дивертикулом Ценкера является дивертикул: {

=глоточно-пищеводный;
~эпифренальный;
~бифуркационный;
~эпибронхиальный.
}

При повышении билирубина, типичном для синдрома Жильбера, надо исключить: {

~хроническую алкогольную интоксикацию;
~острый вирусный гепатит А;
=гемолитическую анемию;
~инфекционный мононуклеоз.

}

Увеличение прямого и непрямого билирубина является признаком: {

=хронического гепатита;

~синдрома Жильбера;

~опухоли поджелудочной железы;

~наследственного сфероцитоза.

}

Спазмолитиком, действующим на мускулатуру сфинктера Одди, кишечника и мочеточников, является: {

~Мебеверин;

~Гемикромон;

~Пинаверия бромид;

=Дротаверин.

}

Клиническим признаком острой печеночной энцефалопатии II стадии является: {

~стойкая потеря сознания;

~отсутствие глотательного рефлекса;

=«хлопающий» тремор;

~непроизвольный акт дефекации.

}

Лейкопения может являться следствием: {

~миеломной болезни;

=хронического гепатита;

~хронического лимфолейкоза;

~острого панкреатита;

}

Результат теста на толерантность к D-ксилозе зависит от: {

~желудочной секреции;

=всасывающей функции тонкой кишки;

~функции поджелудочной железы;

~функции печени.

}

Доминирующим симптомом рецидивирующего панкреатита является: {

~разжижение стула;

~горечь во рту;

~тошнота;

=боль в животе.

}

Противопоказанием к холецистографии является: {

~желчнокаменная болезнь;

=непереносимость йодсодержащего контрастного препарата;

~вирусный гепатит;

~непереносимость жиров.

}

При обострении хронического холецистита целесообразно назначение: {

- ~спазмолитиков;
- ~гиполипидемических препаратов;
- ~блокаторов гистаминовых рецепторов;
- =антибиотиков.

}

Побочным эффектом применения раздражающих и осмотических слабительных может стать: {

- ~дивертикулярная болезнь толстой кишки;
- =лаксативная болезнь;
- ~синдром раздраженной толстой кишки;
- ~синдром функциональной недостаточности мышц тазового дна.

}

При недостаточности кровообращения по большому кругу при ультразвуковом исследовании печени не наблюдается: {

- ~свободной жидкости в брюшной полости;
- ~расширения нижней полой вены;
- =расширения внутрипеченочных желчных протоков;
- ~увеличения печени.

}

Каловые массы при синдроме раздраженного кишечника содержат хорошо заметную примесь: {

- ~гноя;
- ~жира;
- ~крови;
- =слизи.

}

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь может проявляться атипичным симптомом в виде: {

- ~дисфагии;
- ~одинофагии;
- ~отрыжки воздухом;
- =кома в горле.

}

Для язвенной болезни с мезогастральной локализацией язвы характерны боли: {

- =ранние;
- ~голодные;
- ~поздние;
- ~ночные.

}

При хроническом гастрите лечебную физкультуру назначают: {

- ~после полного выздоровления;
- =в период стихания процесса обострения;
- ~в любой период;

~в период обострения.

}

Пепсиноген вырабатывается клетками: {

~энтерохромаффинными;

~добавочными;

~париетальными;

=главными.

}

Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут. {

~внутривенно;

~внутримышечно;

=перорально;

~в микроклизмах.

}

Эффективность лечения хронического гепатита С 1В генотипа вируса препаратами интерферона в сочетании с рибавирином составляет (в %): {

=60;

~40;

~15;

~90.

}

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно исследование: {

~желудочной секреции;

=биохимическое крови;

~рентгенологическое;

~копрологическое.

}

Объективным симптомом при язвенной болезни является симптом: {

~Курвуазье;

~Мерфи;

~Кера;

=Менделя.

}

Для лечения тяжелого алкогольного гепатита преднизолон назначают в дозе 40 мг/сут: {

~в микроклизмах;

~внутримышечно;

=перорально;

~внутривенно.

}

Иммуноопосредованным внепеченочным проявлением у больных хроническим вирусным гепатитом С является: {

=криоглобулинемия;

~акне;
~стригущий лишай;
~остеопороз.
}

Лабораторным показателем обострения хронического панкреатита является уровень: {

=амилазы;
~щелочной фосфатазы;
~аминотрансферазы;
~глюкозы.
}

Назначение блокаторов протонной помпы для постоянного приема при профилактике кровотечений из варикозных вен рекомендуется, если имеются: {

~участки кишечной метаплазии пищевода более 1 мм;
=очаги портальной гастропатии;
~в анамнезе указания на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;
~признаки устойчивого дуоденогастрального рефлюкса.
}

Общее количество желудочного сока, отделяющееся у человека при обычном пищевом режиме, составляет (в л): {

~2-2,5;
~0,5-1;
~1-1,5;
=1,5-2.
}

Объективным симптомом при язвенной болезни является симптом: {

~Мерфи;
~Кера;
~Курвуазье;
=Менделя.
}

Наиболее характерным симптомом инфекционного эзофагита является: {

=одинофагия;
~икота;
~изжога;
~отрыжка воздухом.
}

Основной целью антихеликобактерной терапии при язвенной болезни является: {

=снижение частоты рецидивов язвенной болезни;
~уменьшение выраженности болевого синдрома;
~уменьшение риска прободения язвы;
~снижение секреции соляной кислоты.
}

Побочным эффектом препаратов урсодезоксихолевой кислоты является: {

~головная боль;
~задержка стула;
~сухость во рту;
=диарея.
}

Клиническим признаком острой печеночной энцефалопатии III стадии является: {

=отсутствие сознания;
~инверсия сна;
~«печеночный» запах изо рта;
~тремор пальцев рук.
}

К числу критериев Рэнсона для оценки острого панкреатита относится: {

=глюкоза сыворотки;
~цветовой показатель;
~амилаза сыворотки;
~уровень тромбоцитов.
}

Наиболее информативными методами инструментальной диагностики хронического панкреатита являются: {

~обзорная рентгенография органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопия с биопсией;
~эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и радиотелеметрическое исследование пищеварительного тракта;
=ультразвуковое исследование органов брюшной полости и компьютерная томография с контрастированием;
~рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с контрастированием и электроинтестинография.
}

Диагностически значимым для хронического панкреатита является наличие: {

=кальцинатов в головке поджелудочной железы;
~большого количества жира в кале;
~пониженной активности диастазы мочи;
~повышенной активности эластазы в кале.
}

Импедансометрия пищевода является методом: {

~измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды;
=регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода;
~рентгенологического исследования пищевода с барием;
~спектрофотометрии рефлюксата.
}

Использование бета-адреноблокаторов для профилактики кровотечений у больных циррозом печени следует проводить при расширении вен пищевода, начиная с _____ стадии: {

- =2;
 - ~3;
 - ~любой;
 - ~1.
- }**

Осложнением язвенной болезни является: {

- =пенетрация;
 - ~желчекаменная болезнь;
 - ~почечная колика;
 - ~портальная гипертензия.
- }**

Ухудшение течения глютенной энтеропатии вызывает: {

- ~гречиха;
 - ~рис;
 - ~кукуруза;
 - =ячмень.
- }**

К предъязвенным заболеваниям относят _____ гастрит:

Индекс фиброза 2 по Desmeth соответствует морфологическим критериям: {

- ~минимального фиброза;
 - ~отсутствию фиброза;
 - ~выраженному фиброзу;
 - =умеренному фиброзу.
- }**

Укажите наиболее часто встречающиеся побочные эффекты интерферонотерапии: {

- ~кардиопатия, депрессия;
 - =гриппоподобный синдром, депрессивный синдром, цитопенический синдром (гранулоцито- и тромбоцитопения), алоpecia;
 - ~ожирение, дисменорея, артериальная гипертензия, диарея;
 - ~фотосенсибилизация, гиперурикемия, гипергликемия.
- }**

Безоговорочным условием прекращения лечения а-интерфероном является: {

- ~афтозный стоматит ;
 - ~тромбоцитопения;
 - =тяжелые депрессии;
 - ~артериальная гипертензия.
- }**

Чем обычно лимитировано применение рибавирина у пациентов с хр. гепатитом С? {

- ~гранулоцитопенией;
- ~тромбоцитопенией;
- =гемолизом;

~лейкоцитозом.

}

Обязательным условием, вносимым в информированное согласие пациента перед началом лечения рибавирином при хроническом гепатите С, является: {

~категорический отказ от алкоголя;
~строгое соблюдение диеты;
~резкое ограничение физических нагрузок;
=двойная контрацепция.

}

Частоту доказанного ответа у пациентов хроническим гепатитом С, получающих стандартную комбинированную противовирусную терапию при соблюдении прочих равных условий, определяет: {

~только генотип вируса;
=генотип вируса, возраст и пол пациента;
~только возраст пациента;
~только пол пациента.

}

При каком из хронических вирусных гепатитов, отвечающих критериям проведения этиотропной терапии, результаты последней наиболее неудовлетворительны? {

~хронический гепатит В;
~хронический гепатит С;
~хронический гепатит С+В;
=хронический гепатит D.

}

Наиболее значимым для диагностики болезни Коновалова-Вильсона, является: {

~наличие синдрома цитолиза;
~наличие неврологической симптоматики;
=повышение уровня экскреции меди с мочой, снижение уровня церулоплазмينا, полиморфизм гена АТФазы Р, наличие кольца Кайзера-Флейшера на роговице при исследовании щелевой лампой;
~повышение уровня щелочной фосфатазы, трансаминаз, церулоплазмينا.

}

Наиболее значимым для диагностики первичного гемохроматоза, является: {

~повышение уровня гемоглобина и сывороточного железа;
~повышение уровня экскреции железа с мочой;
=насыщение трансферрина железом более 70% ;
~насыщение трансферрина железом более 45%.

}

Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с аутоиммунным гепатитом: {

~кортикостероиды+интерферон;
~цитостатики+интерферон;
=кортикостероиды+цитостатики;
~урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды .

}

Укажите наиболее оптимальный режим лечения первичного гемохроматоза: {

~ограничение потребления железа с пищей;

~ограничение потребления железа с пищей в сочетании с десфералом;

=ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями и последующим назначением десферала;

~ограничение потребления железа с пищей в сочетании с кровопусканиями.

}

Укажите наиболее значимое проявление, определяющее предстоящую продолжительность жизни у пациентов с первичным гемохроматозом: {

~надпочечниковая недостаточность;

~цирроз печени;

=недостаточность кровообращения, связанная с развитием кардиопатии и перикардитом;

Длительная циркуляция HBS Ag после перенесенного гепатита В является критерием: {

~обострения процесса;

~активной репликации вируса;

~развития цирроза печени;

=хронизации процесса.

}

Достоверным показателем репликации вируса при хроническом гепатите В является: {

~повышение активности АЛТ;

=положительная ПЦР;

~высокий уровень щелочной фосфатазы;

~положительная РНГА.

}

После перенесенного в прошлом острого вирусного гепатита В обнаруживается:

{

~anti – HBs IgM;

~HBe Ag;

=anti – HBs IgG;

~anti – Hbe Ag.

}

Какое внепеченочное проявление встречается при хроническом гепатите С и хроническом гепатите В: {

=синдром Шегрена;

~сахарный диабет 1 типа;

~бронхиальная астма;

~красный плоский лишай.

}

Холестатический синдром при вирусных гепатитах характеризуется: {

~повышением фракции свободного билирубина;

=гиперхолестеринемией;

~диспротеинемией;
~гиперферментемией (АЛТ, АСТ).
}

Цитолитический синдром при вирусных гепатитах проявляется: {

~повышением содержания холестерина;
~повышением фракции свободного билирубина;
~диспротеинемией;
=повышением активности aminотрансфераз.
}

Мезенхимально-воспалительный синдром при вирусных гепатитах характеризуется повышением: {

~активности АЛТ/АСТ;
=тимоловой пробы;
~уровня альбуминов;
~содержания холестерина.
}

При наличии симптомов холестаза у больных хроническим гепатитом назначают: {

~липоевую кислоту;
~силибор;
~гепамерц;
=урсодезоксихолевую кислоту.
}

Препаратом выбора при лечении хронического гепатита является: {

~HBV-вакцина;
=α-интерферон;
~ацикловир;
~поливалентная сыворотка.
}

Противовирусная терапия у больного с хроническим гепатитом С, 1В генотипом включает: {

~ламивудин 100 мг в день + интерферон 5 млн ЕД в день в течение 48 недель;
=пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибавирин 800 мг в день в течение 48 недель;
~пегинтрон 1,5 мкг/кг в неделю + рибавирин 15мг/кг в день в течение 48 недель;
~пегасис 180 мкг в неделю + теллапревир 800 мг в день в течение 24 недель.
}

Препаратом выбора при лечении хронического аутоиммунного гепатита является: {

~гепатопротектор;
~урсодезоксихолевая кислота;
=глюкокортикостероид;
~α-интерферон.
}

Основным в лечении хронического лекарственного гепатита является: {

~применение урсодезоксихолевой кислоты;

~терапия α-интерфероном;
~применение гепатопротектора;
=устранение этиологического фактора.
}

**Экстренная профилактика при контакте с HBs-положительной кровью
вакцинацию сочетают с: {**

~амиксином;
~гепатопротектором;
~лактолозой;
=пассивной иммунизацией специфическим иммуноглобулином.
}

**Профилактикой вирусных гепатитов при переливании крови является отбор
доноров с обязательным исследованием крови на наличие антигена к вирусу
гепатита и: {**

=АЛТ ;
~АСТ;
~ЛДГ;
~ЩФ.
}

**При проведении первичной профилактики гепатита В скрининговым
маркером является: {**

~HBs_{cor}-антиген;
=HBs-антиген;
~HBe-антиген;
~Анти HBs.
}

**При случайной травме предметами, загрязненными кровью больных носителей
гепатита- В, вакцинацию проводят по схеме _____ месяцев: {**

~0-6-12;
~0-3-6-12;
~0-2-6-12;
=0-1-2-12.
}

Побочной реакцией вакцины против гепатита В является: {

~тошнота;
=незначительное повышение температуры;
~боли в животе;
~диарея.
}

**Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами вирусного гепатита В
проводится в течение: {**

~трех месяцев ;
~полугода;
~двух лет;
=одного года.
}

В объем исследуемых биохимических показателей крови, проводимых в возрасте 39 лет и старше, на первом этапе диспансеризации входит: {

- ~общий белок ;
 - =холестерин;
 - ~фибриноген;
 - ~мочевина.
- }

Обязательной вакцинации против вирусного гепатита В подлежат: {

- ~беременные;
 - =подростки;
 - ~мужчины и женщины до 20 лет;
 - ~мужчины и женщины старше 40 лет.
- }

Изменениями, выявляемыми при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерными для синдрома портальной гипертензии, являются: {

- ~живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки;
 - ~живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно громкий тимпанит;
 - =живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении распластан, в вертикальном выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота расширенная венозная сеть;
 - ~у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики.
- }

Признаком, характерным для паренхиматозной желтухи, является: {

- =увеличение непрямого билирубина;
 - ~билирубин в моче;
 - ~уробилин в моче;
 - ~стеркобилин .
- }

Признаком, характерным для механической желтухи, является: {

- =увеличение прямого билирубина;
 - ~увеличение непрямого билирубина;
 - ~отсутствие билирубина в моче;
 - ~уробилин в моче.
- }

При заболеваниях печени печеночный запах изо рта свидетельствует о: {

- ~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
 - ~нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
 - ~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии;
 - =снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков.
- }

При заболеваниях печени зуд кожи свидетельствует о: {
~наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
=увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
~нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей
миокардиодистрофии.
}

При заболеваниях печени периферические отеки свидетельствуют о: {
~наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
=нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени;
~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей
миокардиодистрофии.
}

При заболеваниях печени горечь во рту свидетельствует о: {
=наличии дуодено-гастрального рефлюкса;
~увеличении желчных кислот в крови на фоне выраженного холестаза;
~сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей
миокардиодистрофии;
~снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам
распада белков .
}

Основным клиническим признаком (следствием) синдрома портальной гипертензии является наличие: {
~сосудистых звездочек и печеночных ладоней;
~болей в правом подреберье;
~увеличения печени;
=венозных коллатералей.
}

Признаком синдрома печеночноклеточной недостаточности является: {
=печеночная энцефалопатия;
~портальная гипертензия;
~гепато-лиенальный синдром;
~боль в правом подреберье.
}

Оптимальным сочетанием при лечении портальной гипертензии у больных с циррозом печени является: {
~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли, назначение салуретиков;
~назначение салуретиков в сочетании с бета-блокаторами;
=назначение комбинированной салуретической терапии с обязательным включением верошпирона, ограничение потребления поваренной соли, бета-блокаторов ;
~ограничение физической нагрузки, снижение потребления поваренной соли.
}

Укажите вариант, соответствующий наиболее правильному расположению осложнений цирроза печени по частоте встречаемости: {

=спонтанный бактериальный перитонит, гиперспленизм, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночно-клеточная недостаточность;
~печеночноклеточная недостаточность, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит;
~гиперспленизм, печеночноклеточная недостаточность, спонтанный бактериальный перитонит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;
~кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночноклеточная недостаточность, гиперспленизм, спонтанный бактериальный перитонит.
}

Наиболее оптимальным лечением печеночной энцефалопатии у больных с циррозом печени является: {

~ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишечника, ограничение потребления белка с пищей;
~ограничение физической нагрузки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого, ограничение потребления белка с пищей;
~ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого без существенного ограничения потребления белка с пищей;
=ограничение физической нагрузки, назначение антибиотиков, действующих преимущественно в просвете кишки, назначение препаратов, усиливающих пассаж кишечного содержимого с ограничением потребления белка с пищей.
}

Методом выбора при определении лечебной тактики у пациентов с прогрессирующей печеночноклеточной недостаточностью любого генеза, является: {

~массивная кортикостероидная терапия;
=временная заместительная терапия (искусственная печень) с проведением трансплантации печени;
~массивная кортикостероидная терапия в сочетании с цитостатиками;
~массивная интерферонотерапия.
}

Укажите наиболее оптимальное сочетание, составляющее базисное лечение у пациентов с первичным билиарным циррозом печени: {

~цитостатики+интерферон;
~кортикостероиды+цитостатики;
~урсодезоксихолевая кислота+кортикостероиды;
=урсодезоксихолевая кислота+метатрексат.
}

Кроме цирроза печени, в клинической картине у больных с врожденным дефицитом альфа1-антитрипсина, наиболее часто присутствует: {

~остеомаляция, патологические переломы;
~нарушение фертильности;
=хроническое рецидивирующее поражение легких с развитием дыхательной недостаточности;
~прогрессирующая энцефалопатия.
}

Мелена при наличии гепато-спленомегалии подозрительна на: {

~кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки;

=кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;
~тромбоз мезентериальных артерий;
~язвенный колит.
}

Портальная гипертензия может наблюдаться при: {

=циррозе печени;
~метастатическом раке печени;
~хроническом гепатите;
~холилитиазе .
}

Причиной «сосудистых звездочек» и «печеночных ладоней», выявляемых при общем осмотре является: {

~геморрагический синдром ;
=гиперэстрогемия;
~сидеропенический синдром;
~нарушение синтетической функции печени.
}

Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации? {

~службы занятости населения;
~центры социальной защиты;
=поликлиники;
~пансионаты.
}

Инвалидность определяется лицам с: {

~стойкой и длительной утратой трудоспособности;
=ограниченной жизнедеятельностью, приведшей к необходимости социальной защиты;
~состоянием ограниченной функциональной активности организма;
~потребностью в медико-социальной помощи.
}

Какой критерий служит для определения I группы инвалидности? {

~способность к занятиям легкими видами спорта;
~способность к самообслуживанию II степени;
~способность к ориентации I степени;
=способность к передвижению и ориентации III степени.
}

Какая обязанность возлагается на государственную службу медико-социальной экспертизы? {

~профилактика инвалидов;
~лечение инвалидов;
=определение группы инвалидности;
~санитарно-просветительная работа среди инвалидов.
}

Сколько этапов медицинской реабилитации различают? {

~2;

=3;

~5;

~4.

}

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом В назначают: {

=вакцинацию;

~противовирусные препараты;

~иммуномодуляторы;

~интерфероны.

}

Основным механизмом действия минеральных вод и лечебных грязей является: {

~воздействие на иммунные и метаболические нарушения;

~местные сдвиги в кожных покровах и слизистых оболочках;

~нервно-рефлекторные и гуморальные реакции;

=воздействие температурного, химического и механического факторов.

}

Что относится к механотерапии? {

~пеллоидотерапия;

=рефлексотерапия;

~климатотерапия;

~бальнеотерапия.

}

Курортным учреждением является: {

~туристическая база;

~пансионат;

~база отдыха;

=санаторий.

}

Наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации является: {

~самооценка пациента;

=комплексная оценка с включением критериев качества жизни;

~экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности ;

~этапная оценка нозоспецифических критериев.

}

Противопоказанием для лечения хронического гепатита С препаратами интерферона в сочетании с рибавирином является: {

~нормальный уровень АЛТ, АСТ и ГГТ;

~артериальная гипертензия, требующая постоянного приёма гипотензивных препаратов;

~стенокардия вне зависимости от класса тяжести;

=цирроз печени класс С по Чайлду-Пью.

}

Пациентка, получившая лечение препаратами интерферона в сочетании с рибавирином, не должна беременеть в течение _____ месяцев по окончании лечения: {

~5;

~2;

~3;

=6.

}

Для профилактики инфицирования вирусом гепатита Д назначают: {

~вакцинацию против вирусного гепатита А;

~иммуномодуляторы;

~противовирусные препараты;

=вакцинацию против вирусного гепатита В.

Применение препаратов интерферона альфа для лечения хронического гепатита С часто вызывает: {

~ишиалгию;

~брадипное;

=миалгию;

~кашель.

}

Причиной вторичного хронического панкреатита является: {

=желчнокаменная болезнь ;

~вирусное поражение поджелудочной железы;

~повторная травма поджелудочной железы;

~алкоголизм.

}

Больному с обострением хронического панкреатита назначают строгую щадящую диету, содержащую физиологическую норму: {

=белков;

~жиров;

~углеводов;

~калорийности.

}

При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного обнаружены мелкие кальцификаты, проецирующиеся на уровне 2-3 поясничных позвонков, что было расценено как признак: {

~желчнокаменной болезни;

=хронического панкреатита;

~хронического гепатита;

~цирроза печени.

}

Комплексом симптомов характерных для хронического панкреатита является: {

=похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет;

~боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание;

~потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами;

~лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет.

}

Больному хроническим панкреатитом в период ремиссии при недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы следует рекомендовать диету со значительным ограничением: {

- ~белков;
- =жиров;
- ~углеводов;
- ~калорийности.

}

При обзорной рентгенографии брюшной полости могут быть выявлены признаки: {

- ~язвенной болезни;
- ~хронического гепатита;
- ~цирроза печени;
- =хронического панкреатита.

}

Целью противовирусной терапии гепатита С в настоящее время является: {

- ~перевод инфекции в неактивную стадию без возможности рецидива;
- =полное устранение вируса из организма;
- ~уменьшение вирусной нагрузки;
- ~перевод инфекции в неактивную стадию с возможностью рецидива.

}

Для оценки влияния успешной противовирусной терапии гепатита С на выраженность фиброза печени в рамках диспансеризации реконвалесцента следует применять: {

- ~биопсию печени;
- =транзиентную эластометрию;
- ~МРТ печени;
- ~КТ печени.

}

Стеаторея наблюдается при: {

- ~хроническом гастрите;
- =хроническом панкреатите;
- ~гнилостной диспепсии;
- ~бродильной диспепсии.

}

После полной иммунизации против гепатита В в крови выявляется наличие: {

- ~анти-НВс_{ог} и отсутствие анти- НВ_s;
- ~анти- НВ_s и наличие анти-НВс_{ог};
- =анти- НВ_s и отсутствие анти-НВс_{ог};
- ~НВ_s антигена и отсутствие анти-НВ_e.

}

При лечении пэгинтерфероном альфа-2А реже, чем при использовании интерферона альфа-2В, возникает: {

- ~нейтропения;
- ~тромбоцитопения;
- ~нарушение функции щитовидной железы;
- =гриппоподобный синдром.

Признаки, подтверждающие диагноз хронического панкреатита, могут быть получены при проведении: {

- ~гастроскопии, дуоденографии в условиях гипотонии;
- =дуоденографии в условиях гипотонии, УЗИ;
- ~ирригоскопии, лапароскопии;

~гастроскопии, лапароскопии.

}

Поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов под влиянием: {

~холецистокинина;

=секретина;

~атропина;

~молока.

}

Назначение препаратов интерферона может вызывать: {

=лихорадочный синдром;

~кровотечения;

~тромбозы;

~тромбоцитоз.

}Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является: {

~лейкоцитоз;

~уровень аминотрансфераз;

~уровень щелочной фосфатазы;

=уровень амилазы мочи и крови.

}

Достоверно подтверждает вирусный гепатит С обнаружение: {

=HCV-РНК;

~anti-HCV;

~HDV-РНК;

~!HJV-РНК.

}

Маркёром острого вирусного гепатита В в инкубационном периоде является: {

~anti-HBcIgM;

=HBsAg;

~HBeAg;

~anti-HBe.

}

Наиболее существенным в диагностике хронического панкреатита является: {

=УЗИ;

~сцинтиграфия поджелудочной железы;

~определение жира в кале;

~дуоденография.

}

В борьбе с болью при хроническом панкреатите нельзя применять: {

~анальгин;

=морфий;

~баралгин;

~новокаин.

}

Высокий уровень амилазы сыворотки наблюдается при: {

~жировом гепатозе;

~обострении язвенной болезни;
~спастическом энтероколите;
=обострении хронического панкреатита.
}

Для подавления активности ферментов поджелудочной железы применяется: {

~омепразол;
~атропин;
~циметидин;
=трасколан.
}

Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при: {

~язвенной болезни;
=холелитиазе;
~хроническом колите;
~лямблиозе.
}

При обострении хронического панкреатита наблюдается: {

=опоясывающая боль;
~тяжесть в эпигастрии;
~тяжесть в правом подреберье;
~рвота, приносящая облегчение.
}

Причиной панкреатита может быть: {

~высокая кислотность желудочного сока;
=рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы;
~гастроэзофагеальный рефлюкс;
~инфицирование Нр.
}

Для лечения панкреатитов используются: {

=бускопан;
~ацедин пепсин;
~панзинорм;
~фестал.
}

Для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите в фазе обострения препаратом выбора является: {

~панкреатин;
=креон;
~фестал;
~панзинорм.
}

Наиболее ранним проявлением хронического панкреатита является: {

~похудение;
~диарея;

=опоясывающая боль;
~гипергликемия.
}

В копрограмме при хроническом панкреатите раньше всего выявляется: {

~изменение цвета;
~креаторея;
=стеаторея;
~амилорея.
}

При нарушении внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите наблюдается: {

~уменьшение инсулина при нормальном содержании глюкагона;
=уменьшение инсулина и глюкагона;
~уменьшение инсулина и увеличение глюкагона;
~увеличение инсулина и глюкагона.
}

Возникновение шока при обострении хронического панкреатита обусловлено: {

~выраженным болевым синдромом;
=выходом в кровь вазоактивных субстанций;
~снижением сократительной способности миокарда;
~инфекционным агентом.
}

Ведущим признаком при диагностике обострения хронического панкреатита является повышение уровня: {

~трансаминаз ;
~щелочной фосфатазы;
=амилазы;
~билирубина.
}

При вторичном сахарном диабете, развившемся на фоне хронического панкреатита наблюдается: {

=склонность к гипогликемии;
~потребность в высоких дозах инсулина;
~частое развитие сосудистых осложнений;
~частое развитие гиперосмолярной комы.
}

При лечении обострения хронического панкреатита применяется: {

=омепразол;
~фестал;
~бетацид;
~панзинорм.
}

Стимулирует активность ферментов поджелудочной железы: {

~соматостатин;
~глюкагон;

=гистамин;
~МОТИЛИН.
}

У человека в сутки вырабатывается панкреатического сока: {

~до 0,5 л;
~0,5-1,0 л;
~1,0-1,5 л;
=1,5-2,0 л;
}

Через сколько часов после появления клиники острого панкреатита можно зафиксировать наибольший уровень амилазы крови? {

~10-12 часов;
~18-24 часа;
=48-72 часа;
~96-120 часов.
}

Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического панкреатита? {

~лихорадка;
~желтуха;
=креаторея;
~водная диарея.
}

При купировании болевого синдрома при хроническом панкреатите спазм сфинктера Одди вызывает: {

~новокаин;
~баралгин;
~промедол;
=морфин.
}

Самым частым последствием хронического панкреатита, возникшего вследствие злоупотребления алкоголем является: {

~экзокринная недостаточность поджелудочной железы;
~эндокринная недостаточность поджелудочной железы;
~синдром мальабсорбции;
=возникновение кист в поджелудочной железе.
}

В консервативную терапию хронического панкреатита включаются: {

=блокаторы протонной помпы;
~кортикостероиды;
~цитостатики ;
~препараты 5-аминосалициловой кислоты.
}

«Золотым стандартом» в диагностике рака поджелудочной железы является: {

~УЗИ;

~компьютерная томография;
~МРТ;
=эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).
}

Эталонным инструментальным методом диагностики псевдотуморозного панкреатита является: {

~ультрасонография;
~компьютерная томография;
~лапароскопия;
=селективная ангиография .
}

Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является: {

=злоупотребление алкоголем;
~желчекаменная болезнь;
~избыточная масса тела;
~гиперлипидемия.
}

Синдром хронического панкреатита, преимущественно с признаками экзокринной недостаточности, развивается в рамках: {

~синдрома Дауна;
~синдрома Марфана;
~первичного амилоидоза;
=муковисцидоза.
}

Основной задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является: {

~восстановление социального статуса больного;
~психологическая адаптация;
~активная трудовая реабилитация;
=спасение жизни больного.
}

Основной задачей реабилитации на поликлиническом этапе является: {

~борьба с факторами риска;
=ликвидация остаточных явлений болезни;
~проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий;
~лекарственное обеспечение.
}

Задачей восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе является: {

~борьба с факторами риска возникновения заболевания;
~спасение жизни больного;
=профилактика рецидивов болезни;
~трудовая адаптация больного в коллективе.
}

Какое мероприятие используется на метаболическом этапе реабилитации?
{

~использование симптоматической терапии;
~применение патогенетической терапии;
~применение этиотропной терапии;
=длительная диетическая коррекция.
}

В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:{

~холекинетик;
=спазмолитик;
~антацид;
~фермент.
}

Причиной хронического холецистита является: {

~гиперлипидемия;
~заболевание зоны большого дуоденального сосочка;
=бактериальная инфекция ;
~рацион с резко ограниченным содержанием белков и жиров.
}

К основному принципу лечения хронического холецистита вне обострения относится назначение: {

~препарата, снижающего желудочную секрецию;
~ферментного препарата;
=строгого соблюдения диеты;
~прокинетики .
}

К холеретикам относится: {

=холензим;
~ксилит;
~сорбит;
~олиметин.
}

К холекинетикам относится: {

~фламин;
~аллохол;
~оксафенамид;
=ксилит.
}

Приступ желчной колики сопровождается: {

=острой болью, рвотой с примесью желчи в рвотных массах;
~острой болью в левом подреберье;
~острой болью в правой поясничной области;
~опоясывающими болями.
}

Для больного хроническим холециститом в фазе ремиссии характерна: {

~смена диареи запорами;
~боль в правой подреберной области;
=плохая переносимость жирной пищи;
~изжога.
}

Холеретики рекомендуют применять для: {

=увеличения желчеобразования и усиления движения желчи по протокам;
~стимуляции тонуса и сократительной активности желчного пузыря;
~стимуляции моторики тонкой кишки;
~лечения легких расстройств пищеварения.
}

К атипичной форме хронического холецистита не относится: {

~кардиальная;
~эзофагалгическая;
~кишечная;
=солярит.
}

Основным механизмом действия минеральных вод и лечебных грязей является: {

!воздействие на иммунные и метаболические нарушения;
!местные сдвиги в кожных покровах и слизистых оболочках;
!нервно-рефлекторные и гуморальные реакции;
=воздействие температурного, химического и механического факторов.
}

Симптом Кера это: {

~болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа;
~резкое усиление болезненности при пальпации желчного пузыря на вдохе;
=болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря;
~шейная болевая точка.
}

Симптом Георгиевского-Мюсси – это: {

~болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря;
=болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключичной-сосцевидной мышцей;
~болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа;
~болезненность при поколачивании по правому подреберью.
}

К основному принципу лечения холецистита в фазе обострения относится: {

~диетотерапия;
=фармакотерапия;
~физиотерапия;
~санаторно-курортное лечение.
}

В лечении гипокинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:
{
=холекинетики;
~спазмолитики;
~антациды;
~ферменты.
}

Приступ желчной колики сопровождается острой болью в: {
=правом подреберье;
~спине;
~области мечевидного отростка грудины;
~поясничной области.
}

Поверхностная пальпация живота проводится для решения одной из следующих задач: {
=выявление зон болезненности передней брюшной стенки;
~прощупывание органов брюшной полости в определенной последовательности;
~исследование паренхиматозных органов (печени, селезёнки и почек);
~выявление пальпаторных изменений тонкой кишки при разных патологических состояниях.
}

При висцероптозе живот имеет форму: {
~полушария, не изменяющегося при перемене положения тела;
~"лягушачьего живота" с выбухающим пупком;
=в виде отвислого живота, напоминающего "свисающий фартук";
~шара со сглаженным пупком.
}

Исследование желудочной секреции проводится с помощью желудочного зондирования: {
=утром натощак после 12 часового голодания;
~после применения пробного завтрака;
~после аспирации желудочного содержания;
~после промывания желудка физиологическим раствором.
}

К основному методу диагностики хронического гастрита относится: {
~желудочного зондирования;
~рентгеноскопию;
~ФЭГДС;
=гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка.
}

Нормальные показатели объёма базальной желудочной секреции в мл/ч составляют: {
=50;
~50 – 100;
~100 – 140;
~180 – 220.

}

Дебит свободной HCl в ммоль/ч по субмаксимальной стимуляции гистамином составляют: {

~0,5 - 1,0;

~1 - 2;

=6,5 - 12;

~16 - 24.

}

Показатель pH желудочного содержимого при гиперацидном характере кислотопродукции равен: {

~1,3 - 1,7;

~1,7 - 3,0;

~3,5 - 4,0;

=1,0 - 1,3.

}

Наибольшее отложение железа при гемохроматозе наблюдается в: {

~коже;

~волосах;

~селезенке;

=печени.

}

Причиной сахарного диабета при гемохроматозе является: {

~малый выброс инсулина;

~повреждение печени;

=склероз островков Лангерганса;

~отложение железа в островковых клетках поджелудочной железы.

}

Основной причиной смерти при гемохроматозе является: {

~печеночная кома;

~пневмония;

~диабетическая кома;

=острая сердечная недостаточность.

}

Обзорная рентгенограмма брюшной полости проводится при наличии у пациента: {

~язвенной болезни желудка;

~язвенной болезни 12-ти перстной кишки;

=симптомов острого живота;

~хронического панкреатита.

}

Основной рентгенологический признак язвы: {

~задержка эвакуации контрастной массы из желудка;

~ригидность и утолщение стенок антрального отдела желудка;

=симптом "ниши" (контур или рельефа) с воспалительным валиком вокруг нее;

~грубый ячеистый и неравномерный рисунок рельефа слизистой ("зернистый рельеф").

}

Укажите, какой из приведенных способов рентгенологического исследования желудка и 12-ти перстной кишкииспользуются наиболее часто: {

~обзорная рентгенография брюшной полости;

=искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь "контрастного завтрака";

~пневмография желудка;

~паристогграфия желудка.

}

Паристогграфия желудка это: {

~введение бариевой взвеси в условиях гипотонии желудка и 12-ти перстной кишки, вызванной действием фармакологических средств;

=раздувание желудка газом в сочетании с введением газа в брюшную полость;

~раздувание желудка газом;

~раздувание желудка и 12-ти перстной кишкивоздухом после введения в них небольшого количества бариевой взвеси.

}

"Золотым стандартом" диагностики H pylori считается: {

~дыхательный уреазный тест с мочевиной меченной изотопом углерода C13;

~исследование биоптата методом фазово-контрастной микроскопии;

=цитологический метод выявления H pylori в мазках отпечатках с гастробиоптата;

~выявление антител к H pylori в крови.

}

К холеретикам не относится: {

=олиметин;

~холензим;

~аллохол;

~холагол.

}

Информативным методом в ранней диагностике дискинезии желчевыводящих путей, является: {

=биохимическое исследование желчи;

~ультразвуковая диагностика;

~внутривенная холецистография;

~лапароскопия.

}

Назначение препаратов хенодезоксихолевой или урсодезоксихолевой кислот показано при: {

~наличии рентгенопозитивных карбонатных камней;

=рентгеномалоконтрастных холестериновых камнях;

~камнях диаметром более 20 мм;

~частых желчных коликах.

}

Вторичная диспансеризация хронического холецистита предусматривает осмотр терапевтом и хирургом_____ в год: {

=1-2 раза;
~2-3 раза;
~3-4 раза;
~4-5 раз.
}

Укажите последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации? {

~санаторий - поликлиника – стационар;
~поликлиника - стационар – санаторий;
~поликлиника - санаторий – стационар;
=стационар - санаторий – поликлиника.
}

На каком этапе реабилитации проводится профилактика осложнений хронического холецистита? {

~диспансерном;
=стационарном;
~поликлиническом;
~санаторном.
}

Какое направление является основным в реабилитации больного, перенесшего обострение хронического холецистита? {

~физиотерапия;
=диетокоррекция;
~респираторная терапия;
~двигательный режим.
}

Диспансерный этап реабилитации больных хроническим холециститом включает осмотр терапевта и хирурга _____ в течение года: {

=1-2 раза;
~3 раза;
~4 раза;
~6 раз.
}

Гипертония нижнего пищеводного сфинктера характерна при: {

=ахалазии;
~хроническом рефлюкс-эзофагите;
~грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
~пищеводе Баррета.
}

Лучшим методом дифференциальной диагностики склеродермии от ахалазии, является: {

~эзофагоскопия;
=рентгеноскопия;
~атропиновый тест;
~цитологическое исследование.
}

Изжога является частым симптомом при: {

=ГЭРБ;
~панкреатите;
~холецистите ;
~дискинезии желчного пузыря.
}

К кислотозависимым заболеваниям не относится: {

~ГЭРБ;
~ЯБЖ;
~хронический гастрит;
=эзофагит.
}

К внепищеводным проявлениям ГЭБР относится: {

~бронхиальная астма;
~ларингит;
~химический пневмонит;
=ИБС.
}

Клинические проявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены: {

=недостаточностью кардии;
~пилороспазмом;
~кардиоспазмом;
~расширением пищевода.
}

Способствует развитию рефлюкс-эзофагита: {

~дюспаталин;
~мотилиум;
=антагонист кальция;
~ганатон.
}

Наиболее мощным угнетающим действием на желудочную секрецию обладает: {

=омепразол;
~фамотидин;
~сукральфат;
~гастроцепин.
}

Двигательная функция пищевода не нарушается при: {

~сахарном диабете;
~терапии антихолинэргическими средствами;
=ваготомии;
~системной склеродермии.
}

Для неспецифического язвенного колита характерно: {

~острое начало заболевания;
=кровь в кале;
~лихорадка;
~склонность к запорам.
}

Осложнением болезни Крона является: {
=перфорация толстой кишки;
~обострение геморроя;
~тромбоз мезентеральных сосудов;
~парапроктит .
}

При диф.диагностике язвенного колита подтверждающим признаком является наличие: {
~нормохромной анемии;
~замедления СОЭ;
~нейтрофильного лейкоцитоза;
=гипохромной анемии.
}

Какой из перечисленных клинических признаков характерен для ишемического колита? {
~боль в животе после дефекации;
~боль в животе, не связанная с дефекацией;
=боль в животе сразу после еды;
~понос.
}

При раке толстой кишки чаще наблюдается: {
~быстрый рост опухоли;
=медленный рост опухоли;
~жидкий желтый кал щелочной реакции;
~поражение правой половины кишки.
}

При язвенном колите наблюдается: {
~нормальная слизистая оболочка прямой кишки;
=полиартралгия;
~оформленный стул без примесей;
~обнаружение инфекции в кале;
}

Фактором риска развития рака толстой кишки является: {
~занятия спортом;
=пожилой возраст;
~тип личности;
~употребление пищи с достаточным количеством клетчатки.
}

Наиболее частым осложнением дивертикулярной болезни толстого кишечника является: {

- ~снижение массы тела;
- ~психическая депрессия;
- =перфорация;
- ~истощение.

}

Преимущество КТ- энтероклизмы перед другими методами рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она позволяет:

{

- ~возможно исследование при перфорации кишки;
- ~необходимость установки энтерального катетера;
- ~возможно исследовать при тонкокишечной непроходимости;
- =адекватное растяжение кишки.

}

При болезни Крона выявляется: {

- ~повышение сывороточного альбумина;
- =низкий сывороточный альбумин;
- ~нормальный уровень сывороточного железа;
- ~уменьшение количества тромбоцитов.

}

При болезни Крона обнаруживают: {

- ~лимфоцитоз;
- ~повышение сывороточного альбумина;
- =увеличение количества тромбоцитов;
- ~эозинофилию.

}

Проявлением болезни Крона не связанным с активностью процесса является: {

- =спондилит (болезнь Бехтерева);
- ~узловатая эритема;
- ~кератит;
- ~язвенное поражение слизистой ротовой полости.

}

Начальным проявлением обострения болезни Крона является: {

- =боль в правой подвздошной области;
- ~боль в прямой кишке;
- ~солярит;
- ~зуд кожных покровов.

}

При язвенном колите в фазе обострения показаны: {

- =глюкокортикоиды;
- ~антидиарейные препараты;
- ~НПВП;
- ~антибиотики .

}

При язвенном колите для базисного лечения используется: {

=месалазин;
~диклофенак;
~лоперамид;
~метоклопрамид.
}

Типичным проявлением язвенного колита является: {

=диарея с кровью;
~острое начало болезни;
~склонность к запорам;
~отсутствие системных проявлений.
}

Особенностью язвенного колита является: {

~аномальная чувствительность к глютену;
~нейтрофильная инфильтрация;
=перфорация стенки толстой кишки;
~атрофия тонкокишечных ворсин.
}

У больных хроническим колитом микрофлору кишечника восстанавливают: {

=пробиотики;
~противогрибковые препараты;
~ферменты поджелудочной железы;
~антибактериальные препараты.
}

При болезни Уиппла рекомендуется длительное лечение: {

~гидрокортизоном;
~месалазином;
=тетрациклином;
~бисептолом.
}

Ведущим клиническим признаком в диагностике целиакии (спру) является: {

=синдром мальабсорбции;
~лихорадка;
~поносы;
~метеоризм.
}

Усиливают диарею при целиакии спру: {

~мясо;
=белые сухари;
~рис;
~кукуруза.
}

Не вызывает ухудшения течения целиакии: {

~пшеница;
~рожь;
=кукуруза;

~ячень.

}

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно: {

~копрологическое исследование;
~ректороманоскопия ;
=биохимическое исследование крови;
~рентгенологические данные.
}

Структурной единицей, которая раньше всего поражается при нетропическом спру, являются: {

~лимфатические сосуды;
~кровеносные сосуды;
~бруннеровы железы;
=эпителиоциты.
}

Нетропическую спру труднее всего дифференцировать с: {

~регионарным илеитом;
~хроническим панкреатитом;
=Т-клеточной лимфомой тонкой кишки;
~амилоидозом.
}

Для подтверждения наступления ремиссии после лечения нетропической спру используется: {

~гематологическая картина;
~абсорбционный тест;
=гистологическое исследование тощей кишки;
~копрологическое исследование.
}

В дифференциальной диагностике между лимфогранулематозом с поражением тонкой кишки и нетропической спру помогает: {

~рентгенологическое исследование;
~абсорбционные тесты;
=ответная реакция на аглютеновую диету;
~копрологическое исследование.
}

Тест на толерантность к d-ксилозе зависит от: {

~функции поджелудочной железы;
~функции печени;
=всасывающей функции тонкой кишки;
~функции почек.
}

В ЖКТ желчь подвергается реабсорбции в: {

~двенадцатиперстной кишке;
~терминальном отделе тощей кишки;

=дистальном отделе подвздошной кишки;
~толстой кишке.
}

При лечении диареи можно применять отвар: {

=ольховых шишек;
~ромашки;
~мяты;
~толокнянки.
}

Основным местом всасывания витамина В12 является: {

~желудок;
~проксимальный отдел тощей кишки;
~проксимальный отдел подвздошной кишки;
=дистальный отдел подвздошной кишки.
}

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о: {

=синдроме раздраженной кишки;
~ахлоргидрии ;
~истерии;
~гранулематозном колите.
}

Креаторея характерна для: {

=хронического панкреатита;
~болезни Крона;
~ишемического колита;
~дискинезии желчного пузыря.
}

Желчные кислоты подвергаются реабсорбции в: {

~двенадцатиперстной кишке;
~тощей кишке;
~проксимальном отделе подвздошной кишки;
=дистальном отделе подвздошной кишки.
}

Наиболее достоверным для диагностики синдрома мальабсорбции является: {

=тест с d-ксилозой;
~тест на толерантность к лактозе;
~рентгенологическое исследование ЖКТ;
~исследование желудочной секреции.
}

Вес суточного кала здорового человека составляет _____ граммов: {

=100-200;
~300-400;
~500-700;
~800-1000.
}

К слабительным средствам, обладающим раздражающим действием на нервно-мышечный аппарат толстой кишки и усиливающим ее перистальтику, не относится: {

- ~александрийский лист;
 - ~корень ревеня;
 - ~бисакодил;
 - =сорбит.
- }

При естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки: {

- ~болезнь Крона;
 - ~язвенный колит;
 - ~ишемический колит;
 - =псевдомембранозный колит.
- }

Наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию: {

- ~язвенный колит;
 - ~псевдомембранозный колит;
 - ~ишемический колит;
 - =болезнь Крона.
- }

Диагностическим инструментальным методом, наиболее предпочтительным для диагностики язвенного колита, является: {

- ~ирригоскопия;
 - ~колоноскопия;
 - =колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием;
 - ~обзорная рентгеноскопия кишечника.
- }

Диагностическим инструментальным методом наиболее предпочтительным для диагностики ишемического колита, является: {

- =ирригоскопия;
 - ~колоноскопия;
 - ~колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием;
 - ~обзорная рентгеноскопия кишечника.
- }

Укажите «эталонную» комбинацию лекарственных средств для лечения псевдомембранозного колита: {

- ~линкомицин+цефалоспорин;
 - ~ванкомицин+тетрациклин;
 - =ванкомицин+метронидазол+кишечные адсорбенты;
 - ~эритромицин+клиндамицин+кишечные адсорбенты.
- }

Укажите наиболее оправданную лечебную тактику при развитии токсической дилатации толстой кишки, осложнившей язвенный колит: {

- ~немедленное оперативное вмешательство;

~налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 12 часов;

=налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 48 часов.

~налаживание парентерального питания, увеличение дозы кортикостероидов, выжидательная тактика в течение 6 часов;

}

Базисной терапией язвенного колита являются: {

~антибиотики;

=производные 5'-аминосалициловой кислоты;

~цитостатики;

~сочетание кортикостероидов с цитостатиками.

}

Пальпируемая «кишечная абдоминальная масса» является клиническим признаком: {

~болезни Уиппла;

=болезни Крона;

~хронического дизентерийного колита;

~целиакии.

}

Рентгенологический феномен «дымохода» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с: {

~раком толстой кишки;

~неспецифическим язвенным колитом;

~псевдомембранозным колитом;

=ишемическим колитом.

}

Рентгенологический феномен «яблочной кожуры» характерен для кишечной стриктуры, ассоциированной с: {

=раком толстой кишки;

~неспецифическим язвенным колитом;

~псевдомембранозным колитом;

~ишемическим колитом.

}

Наиболее частой причиной развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре является: {

~применение НПВП;

=применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций;

~пищевая токсикоинфекция.

~применение антагонистов кальция

}

Этиологическим фактором псевдомембранозного колита является: {

=clostridium difficile;

~неспецифическая кокковая флора;

~гемолитический стрептококк;

~кишечная палочка.

}

«Эталонным» методом инструментального исследования для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания, является: {

=ректороманоскопия;

~ирригоскопия;

~колоноскопия;

~обзорная рентгеноскопия кишечника.

}

При синдроме раздраженной толстой кишки целесообразно назначать: {

~слабительные средства;

=антидепрессанты;

~местноанестезирующие препараты;

~противовоспалительные препараты.

}

Профилактика хронического колита состоит в: {

=своевременном лечении кишечных инфекций;

~нормализации моторики кишечника;

~парентеральной коррекции обменных нарушений;

~устранении стрессовых влияний.

}

Какая терапия является основным в реабилитации больных хроническим колитом? {

~фитотерапия;

~химиотерапия;

=бальнеотерапия;

~физиотерапия.

}

Показанием к поликлиническому этапу реабилитации больных синдромом раздраженного кишечника является: {

~хроническая кишечная инфекция ;

=нарушение моторики кишечника по гиподинамическому типу;

~гастроколитический рефлекс;

~выраженный болевой синдром.

}

Санаторный этап реабилитации больных хроническим колитом включает: {

~медикаментозное лечение;

=бальнеотерапию;

~респираторную терапию;

~двигательный режим.

}

Поликлинический этап медицинской реабилитации должен обеспечить: {

~оптимальное течение репаративных процессов;

~завершение стадии неполной клинической ремиссии;

=завершение патологического процесса;
~спасение жизни больному.
}

Сдавать анализ кала на скрытую кровь на первом этапе диспансеризации надо с _____ до 75 лет: {

~55 лет;
~45 лет;
=48 лет;
~60 лет.
}

УЗИ органов брюшной полости и малого таза для исключения новообразований у людей в возрасте от 39 лет и старше, надо проводить на первом этапе диспансеризации с периодичностью 1 раз в: {

~5 лет;
=6 лет;
~4 года;
~3 года.
}

Колоноскопию и ректороманоскопию при подозрении на онкологическое заболевание толстой кишки может назначить: {

~гастроэнтеролог;
~терапевт;
~онколог;
=колопроктолог.
}

Раздел: Болезни почек

К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям пиелонефрита относят: {

~частые рецидивы нефротического синдрома;
~сочетание нефротического и гипертензивного синдромов;
~сочетание протеинурии с гематурией;
=наличие белка в моче.
}

Верно утверждение, что: {

~начало острого гломерулонефрита возможно без повышения артериального давления и отеков ;
~исход эклампсии при остром гломерулонефрите благоприятный;
=для больных с острым пиелонефритом характерна лейкоцитурия;
~уровень комплемента сыворотки при остром гломерулонефрите высокий.
}

Для пиелонефрита характерна: {

~выраженная протеинурия и гематурия;
~протеинурия и отложение IgA в мезангиуме;
=лейкоцитурия и бактериурия;
~гематурия и отложение IgG.
}

Наиболее быстрое прогрессирование пиелонефрита наблюдается при: {

- ~макрогематурии;
 - ~артериальной гипертензии;
 - ~сочетании протеинурии с гематурией;
 - =сочетании разных видов бактерий в моче.
- }

Для лечения артериальной гипертензии при пиелонефрите следует выбрать следующую группу гипотензивных препаратов: {

- ~тиазидовый диуретик и β -адреноблокатор;
 - ~фуросемид в сочетании с β -адреноблокатором;
 - =ингибитор АПФ в сочетании антагонистом кальция;
 - ~клофелин, верошпирон.
- }

Гипокалиемию не наблюдается при: {

- ~первичном гиперальдостеронизме;
 - ~реноваскулярной гипертензии;
 - ~ренинсекретирующей опухоли;
 - =пиелонефрите.
- }

Нефротический синдром не бывает при: {

- =пиелонефрите;
 - ~амилоидозе;
 - ~системной красной волчанке;
 - ~тромбозе почечных артерий.
- }

Наиболее ранним признаком пиелонефрита является: {

- ~олигурия;
 - =лейкоцитурия;
 - ~полиурия;
 - ~гематурия.
- }

При неблагоприятном течении пиелонефрита наблюдается: {

- ~отек легких;
 - =снижение клубочковой фильтрации и гиперазотемия;
 - ~гипергидратация;
 - ~уремический перикардит.
- }

У молодых женщин пиелонефрит часто наблюдается при: {

- ~дерматомиозите;
 - ~системной красной волчанке;
 - ~системной склеродермией;
 - =беременности.
- }

При остром пиелонефрите наблюдается: {

=лейкоцитурия. бактериурия;
~артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
~отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия;
~отеки нижних конечностей.
}

Особенностью диеты при пиелонефрите является: {

=ограничение приема поваренной соли до 4-5 г/сут;
~калорийность пищи 1500, животный белок до 40.0 в сутки;
~увеличение потребления белка;
~увеличение потребления жиров;
}

УЗИ-признаками пиелонефрита являются: {

~наличие гиперэхогенных включений в ЧЛС;
~утолщение паренхимы, уменьшение общей площади ЧЛС;
=истончение паренхимы, увеличение общей площади ЧЛС;
~расширение пирамид.
}

R-логическими признаками пиелонефрита являются: {

~асимметричное поражение клубочков;
~симметричное поражение клубочков;
=отек и инфильтрация стенок ЧЛС;
~поражение канальцев.
}

Как называется учащенное мочеиспускание? {

=поллакизурия;
~странгурия;
~ишурия;
~анурия;
}

Как называется болезненное мочеиспускание? {

~поллакизурия;
=странгурия;
~ишурия;
~полиурия.
}

При пиелонефрите достоверное диагностическое значение имеет: {

~учащенное, болезненное мочеиспускание;
~боли в поясничной области;
~лихорадка;
=бактериурия.
}

Показана ли какая-либо терапия при хроническом пиелонефрите в период ремиссии? {

~показана при возникновении интеркуррентных инфекций;
~два раза в год в осенне-зимний период;

=на протяжении 6-12 месяцев регулярные короткие курсы антибактериальной терапии, в промежутках фитотерапия;
~первые 3 месяца эпизодический приём антибактериального препарата, к которому чувствительна флора.
}

Диспансерное наблюдение после острого пиелонефрита осуществляется 1 раз в:
{
~месяц в течение года;
~три недели в первые два месяца;
=две недели в первые два месяца, а затем 1 раз в один-два месяца в течение года;
~неделю в первые два месяца, а затем 1 раз в три месяца в течение года.
}

Основным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является: {
~стафилококк ;
~клебсиелла;
=бета-гемолитический стрептококк группы А;
~синегнойная палочка.
}

Острому гломерулонефриту подвержены лица: {
~до 2 лет;
=с 2-летнего возраста и до 40 лет;
~климактерического периода;
~постменопаузального периода.
}

При остром гломерулонефрите глюкокортикоиды показаны при наличии: {
~отеков;
=нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии;
~артериальной гипертонии;
~макрогематурии.
}

При остром гломерулонефрите показано: {
=ограничение хлорида натрия 1,5 г/сутки;
~увеличение потребления хлорида натрия;
~увеличение количества потребляемой жидкости;
~повышение потребления K⁺ - содержащих продуктов.
}

Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии: {
~массивной протеинурии > 3,5 г/сутки;
=длительно персистирующего острого нефротического синдрома;
~массивной эритроцитурии с умеренной протериинурией;
~стойкой высокой артериальной гипертензией.
}

Длительность лечения при ХГН составляет: {
~несколько недель;

~2-3 месяца;
~6 месяцев;
=6 месяцев – 2 года.
}

ХГН развивается как исход острого гломерулонефрита в _____ случаев: {

~80-90%;
~25%;
~100%;
=10-20%.
}

Морфологическим типом ХГН, где не обнаруживают изменения структур при светооптическом исследовании, является: {

~мезангиопролиферативный;
~мезангиокапиллярный;
~мембранозный;
=минимальных изменений клубочков.
}

Самым частым клиническим вариантом ХГН является: {

~гематурический;
=латентный;
~нефротический;
~гипертонический.
}

Протеинурией характерной для ХГН является: {

=гломерулярная;
~тубулярная;
~«переполнения»;
~напряжения.
}

Выявить снижение клубочковой фильтрации при ХГН позволяет проба: {

~по Нечипоренко;
~по Зимницкому;
=Реберга-Тареева;
~Алдиса-Каковского.
}

Вариантом ХГН, часто проявляющимся рецидивирующим остонефротическим синдромом является: {

~мезангиопролиферативный;
=мезангиокапиллярный;
~мембранозный;
~фибропластический.
}

Наименьшим диуретическим действием из перечисленных препаратов обладает: {

~гипотиазид;
=верошпирон;
~триампур;
~фуросемид.
}

Верошпирон не вызывает: {

~гинекомастию у мужчин;
~нарушение месячного цикла у женщин;
~гирсутизм;
=гипокалиемию.
}

Причиной гемолитико-уремического синдрома может быть: {

=массивный гемолиз;
~внутрисосудистое свертывание крови;
~шок;
~отравление нитратами.
}

Дайте описание «Facies nephritica»: {

~лицо одутловатое, цианотичное, отмечаются резкое набухание вен шеи, выраженный цианоз и отек шеи;
~отмечается выраженный цианоз губ, кончика носа, подбородка, ушей, цианотичный румянец щек;
~лицо мертвенно-бледное с сероватым оттенком, глаза запавшие, заостренный нос, на лбу капли холодного профузного пота;
=лицо одутловатое, бледное, отеки под глазами, веки набухшие, глазные щели узкие.
}

Как называется увеличение суточного количества мочи? {

~поллакизурия;
~ишурия;
~анурия;
=полиурия.
}

Как называется полное прекращение выделения мочи? {

~странгурия;
~ишурия;
=анурия;
~полиурия.
}

Самая высокая протеинурия наблюдается при: {

~остром гломерулонефрите;
~амилоидозе;
=нефротическом синдроме;
~хроническом гломерулонефрите.
}

Диагноз амилоидоза лучше всего подтверждается: {

- ~наличием в моче белка Бен – Джонса;
 - ~исследованием костного мозга;
 - =гистологическим исследованием биоптата прямой кишки;
 - ~клиническими признаками.
- }

С чего следует начать обследование пациентки при наличии у нее учащенного и болезненного мочеиспускания и макрогематурии? {

- ~цистоскопия;
 - ~анализ мочи;
 - =УЗИ почек;
 - ~изотопная ренография.
- }

Назовите основной этиологический фактор острого гломерулонефрита: {

- ~стафилококк;
 - ~клебсиелла;
 - =бета-гемолитический стрептококк группы А;
 - ~синегнойная палочка.
- }

В какой срок после перенесенной инфекции развивается острый гломерулонефрит? {

- =10-12 дней;
 - ~3-4 дня;
 - ~неделя;
 - ~месяц.
- }

При шоке причиной острой почечной недостаточности является: {

- ~вегетативные нарушения;
 - ~влияние токсических веществ поврежденных тканей;
 - =падение артериального давления;
 - ~сопутствующая инфекция.
- }

Хроническая почечная недостаточность диагностируется по: {

- ~отекам при наличии протеинурии;
 - ~артериальной гипертензии и изменениям в моче;
 - ~бактериурии;
 - =повышению концентрации креатинина в крови.
- }

Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является: {

- ~олигоурия;
 - ~протеинурия;
 - ~артериальная гипертензия в сочетании с анемией;
 - =повышение уровня креатинина в крови.
- }

Сочетание анемии и артериальной гипертонии наблюдается при: {

- ~гипертонической болезни;
 - =хронической почечной недостаточности;
 - ~синдроме Иценко-Кушинга;
 - ~В12-дефицитной анемии.
- }**

При хронической почечной недостаточности наблюдается: {

- ~гиперальбуминемия;
 - ~дислипидемия;
 - =гиперкреатининемия;
 - ~уробилинурия.
- }**

Какая возрастная группа наиболее подвержена заболеванию острым гломерулонефритом? {

- ~до 2 лет;
 - =с 2-летнего возраста до 40 лет;
 - ~при климактерическом периоде;
 - ~ в период менопаузы.
- }**

Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите связаны с: {

- ~наличием конкрементов;
 - =набуханием почек;
 - ~апостематозными изменениями паренхимы почек;
 - ~инфарктом почек.
- }**

Какие признаки являются характерными для острого гломерулонефрита? {

- ~изостенурия;
 - =увеличение плотности мочи;
 - ~увеличение нейтрофилов в моче;
 - ~увеличение лимфоцитов в моче.
- }**

Иммунологические сдвиги при постстрептококковом гломерулонефрите: {

- =высокие титры антител к антигенам стрептококка;
 - ~повышение титра почечных аутоантител;
 - ~наличие антинуклеарных антител;
 - ~низкий уровень комплемента.
- }**

Осложнения острого гломерулонефрита: {

- =олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН;
 - ~массивное почечное кровотечение;
 - ~тромбоэмболический синдром;
 - ~артрит.
- }**

Назовите показания для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите: {

~отеки;
=наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертензии;
~артериальная гипертензия;
~макрогематурия.
}

Цели назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при остром гломерулонефрите? {

~профилактика коронарного тромбоза;
~профилактика тромбоэмболий;
=воздействие на внутриклубочковую внутрисосудистую коагуляцию;
~профилактика тромбоза почечной артерии.
}

Какие диетические мероприятия показаны при остром гломерулонефрите? {

=ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки;
~увеличение потребления хлорида натрия;
~увеличение количества потребляемой жидкости;
~повышение потребления K⁺-содержащих продуктов.
}

Какие факторы оказывают непосредственное повреждающее воздействие на каналцы и интерстиций при гломерулонефрите? {

~протеинурия;
~эритроцитурия;
~лейкоцитурия;
~бактериурия.
}

Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите диагностируют при наличии: {

~массивной протеинурии >3,5 г/сутки;
=длительно персистирующего острого нефритического синдрома;
~массивной эритроцитурии с умеренной протеинурией;
~стойкой высокой артериальной гипертензией.
}

Темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности зависит от: {

~повышения непрямого билирубина;
~повышения прямого билирубина;
=нарушения выделения урохромов;
~нарушения конъюгированного билирубина.
}

При неактивном нефротическом типе хр. гломерулонефрита: {

~нет эритроцитурии;
=гематурия разной выраженности;
~стойкая высокая артериальной гипертензия;
~нет протеинурии.
}

Наиболее прогностически благоприятные типы хр. гломерулонефрита: {
=нефротический;
~нефротически-гипертонический;
~максимально активный нефритический;
~активный нефритический.
}

Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет: {
~несколько недель;
~2-3 месяца;
~6 месяцев;
=от 6 месяцев до 2 лет.
}

С какой частотой хронический гломерулонефрит развивается как исход острого гломерулонефрита? {
~в 80-90%;
~в 50 %;
~в 100%;
=в 10-20%.
}

Какой из клинических вариантов хронического гломерулонефрита является самым частым? {
~гематурический;
=латентный;
~нефротический;
~гипертонический.
}

Какая протеинурия характерна для хронического гломерулонефрита? {
=гломерулярная;
~тубулярная;
~протеинурия переполнения;
~!протеинурия напряжения.
}

Какой вариант хронического гломерулонефрита может не сопровождаться обязательным развитием хронической почечной недостаточности? {
~латентный;
=гематурический;
~гипертонический;
~смешанный.
}

Какая проба позволяет выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефрите? {
~проба по Нечипоренко;
~проба Зимницкого;
=проба Реберга-Тареева;
~проба Аддиса-Каковского.
}

Какие осложнения характерны для нефротической формы хронического гломерулонефрита? {

- ~пионефроз;
 - ~некроз почечных сосочков;
 - =острая сердечная недостаточность;
 - ~полиартрит.
- }

Признаки, позволяющие отличить хр. гломерулонефрит от острого? {

- ~наличие дизурических явлений;
 - =уменьшение размеров почек;
 - ~выраженная лейкоцитурия;
 - ~снижение артериального давления.
- }

Признаки, отличающие хр. гломерулонефрит от хр. пиелонефрита? {

- ~лихорадка с ознобом;
 - ~асимметрия поражения почек;
 - =высокая протеинурия, гематурия, цилиндрурия;
 - ~высокая лейкоцитурия, бактериурия.
- }

Признаки ХГН, отличающие его от ГБ? {

- ~повышение АД перед мочевым синдромом;
 - =мочевой синдром перед повышением АД;
 - ~частые сосудистые осложнения (инсульт, инфаркт);
 - ~выраженные изменения глазного дна.
- }

Признаки, отличающие нефротический вариант гломерулонефрита от сердечных отеков: {

- ~увеличение печени;
 - =суточная протеинурия более 3 граммов;
 - ~холодные отеки;
 - ~локализация отеков на нижних конечностях.
- }

Признаками, позволяющими отличить рак почки от гематурического хр. Гломерулонефрита является: {

- ~гипотония;
 - ~селективная протеинурия;
 - ~низкий удельный вес мочи;
 - =тотальная безболевая гематурия с лихорадкой.
- }

Какие препараты входят в состав четырехкомпонентной схемы, применяемой при лечении больных хроническим гломерулонефритом? {

- =гепарин, курантил, кортикостероиды, цитостатики.
- ~ курантил, кортикостероиды, цитостатики, индометацин;
- ~ гепарин, кортикостероиды, цитостатики, индометацин;
- ~ гепарин, курантил, кортикостероиды, индометацин.

}

Показания к назначению кортикостероидов при хр. гломерулонефрите: {

=высокая активность процесса;

~изолированная протеинурия;

~изолированная гематурия;

~гипертонический синдром.

}

При каком морфологическом варианте хронического гломерулонефрита наиболее показаны кортикостероиды? {

~фибропластическом;

~фокальном сегментарном гломерулосклерозе;

~мембранозном;

= минимальных изменениях клубочков.

}

Показания к назначению цитостатиков при хр. гломерулонефрите: {

=нефротический синдром (стероидрезистентные формы);

~выраженная гематурия;

~изолированная протеинурия;

!терминальная почечная недостаточность.

}

Признаком, характерным для уремического перикардита является: {

~повышение температуры тела;

~боли в области сердца;

=шум трения перикарда;

~накопление геморрагической жидкости в полости перикарда.

}

Основной причиной анемии при хронической почечной недостаточности является: {

~гемолиз;

~дефицит фолиевой кислоты;

~дефицит железа;

=снижение синтеза эритропоэтина.

}

Что определяет развитие геморрагического синдрома при хронической почечной недостаточности? {

=тромбоцитопения;

~снижение протромбина;

~гиперкалиемия;

~гипегликемия.

}

При хронической почечной недостаточности наблюдается: {

~гиперостоз;

=остеопороз;

~остеосклероз;

~остеофиты.

}

Уровень клубочковой фильтрации, характерный для терминальной стадии хронической почечной недостаточности: {

~40 мл/мин;

~30 мл/мин;

~20 мл/мин;

=5 мл/мин.

}

От чего зависит темная и желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности? {

~от повышения прямого билирубина;

~от повышения непрямого билирубина;

=от нарушения выделения урохромов;

~от нарушения конъюгированного билирубина.

}

Какой антибиотик целесообразно назначить при хронической почечной недостаточности? {

~тетрациклин;

=пенициллин;

~доксикалин;

~гентамицин.

}

Какие антибактериальные средства противопоказаны больным с хронической почечной недостаточностью? {

=аминогликозиды;

~полусинтетические пенициллины;

~макролиды;

~фторхинолоны.

}

Какой должна быть калорийность суточного рациона, назначаемого больному с хронической почечной недостаточностью, чтобы предотвратить распад собственного белка? {

~1800-2200 ккал;

~2200-2500 ккал;

=2500-3000 ккал;

~3000-3500 ккал.

}

Какая группа антибиотиков чаще вызывает острую почечную недостаточность? {

~пенициллины;

~цефалоспорины;

=аминогликозиды;

~макролиды.

}

Причины ОПН при назначении нестероидных противовоспалительных препаратов: {

- ~потеря внутриклеточного Са;
 - =препятствие синтезу простагландинов;
 - ~массивная протеинурия;
 - ~нарушение гемодинамики.
- }**

Основные причины ОПН при гломерулонефрите: {

- =отек интерстициальной ткани;
 - ~массивная протеинурия;
 - ~нарушение гемодинамики;
 - ~повышение вязкости крови.
- }**

Причиной острой почечной недостаточности у больных миеломной болезнью является: {

- ~прорастание мочеточников опухолевыми массами;
 - =блокада канальцев белковыми цилиндрами;
 - ~блокада канальцев уратами;
 - ~блокада канальцев оксалатами.
- }**

Основным признаком, указывающим на явления гипергидрации при острой почечной недостаточности является: {

- ~повышение ионов натрия в плазме крови;
 - =снижение ионов натрия в плазме крови;
 - ~повышение ионов калия в плазме крови;
 - ~снижение ионов калия в плазме крови.
- }**

Уровень мочевины, при котором проводят гемодиализ: {

- ~10 ммоль/л;
 - ~15 ммоль/л;
 - ~18 ммоль/л;
 - =24 ммоль/л.
- }**

К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение: {

- ~преднизолоном;
 - ~цитостатиками;
 - =индометацином;
 - ~курантилом.
- }**

Какой признак является наиболее ранним при амилоидозе? {

- =протеинурия;
 - ~лейкоцитурия;
 - ~цилиндрурия;
 - ~изостенурия.
- }**

Концепция хронической болезни почек предложена группой экспертов (США)
в _____ году: {
~2000;
=2002;
~2007;
~2010.
}

В России средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию составляет _____ лет: {
~35;
=47;
~55;
~60.
}

С целью унификации подходов к диагностике хронической болезни почек рекомендуется оценивать СКФ по: {
~формуле Кокрофта-Голта;
~формуле МДРД;
~пробе Реберга-Тареева;
=по методу СКД-ЕРІ.
}

Нормальным уровнем альбуминурии считается мочевая экскреция альбумина _____ мг/сут.: {
~> 30;
~20;
~15;
=10.
}

Исследование экскреции альбумина с мочой следует проводить при уровне протеинурии: {
~2 г/сутки;
~1 г/сутки;
~0,5 г/сутки;
=< 0,5 г/сутки.
}

К немодифицируемым факторам риска ХБП относится: {
=пожилой возраст;
~табакокурение;
~системные инфекции;
~ожирение.
}

Пациентам с ХБП и АГ следует назначить: {
~допегит;
~альфа-адреноблокаторы;
=иАПФ;
~антагонисты альдостерона.

}

Биопсия каких тканей при амилоидозе является наиболее информативной на ранних стадиях? {

- ~десны;
 - ~печени;
 - =почек;
 - ~кожи.
- }

Лечение больных амилоидозом препаратами аминокислотного ряда показано: {

- =на ранних стадиях;
 - ~на поздних стадиях;
 - ~независимо от стадии заболевания;
 - ~в латентной стадии.
- }

Какой метод исследования является «золотым стандартом» в диагностике стеноза почечных артерий? {

- ~определение скорости клубочковой фильтрации;
 - ~дуплексное УЗИ почечных артерий;
 - ~определение активности ренина плазмы крови;
 - =брюшная ангиография.
- }

Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является: {

- ~повышение содержания мочевины в крови;
 - ~повышение содержания креатинина в крови;
 - ~гиперфосфатемия;
 - =гиперкалиемия.
- }

Диагностическими критериями нефротического синдрома являются: {

- =протеинурия более 3,5 г/сутки;
 - ~гипергаммаглобулинемия;
 - ~гипер-альфа2-глобулинемия;
 - ~протеинурия более 5,0 г/сутки.
- }

Главным признаком нефротического синдрома является: {

- ~лейкоцитурия;
 - =протеинурия;
 - ~гематурия;
 - ~цилиндрурия.
- }

Причина гипопроteinемии при нефротическом синдроме? {

- =потеря белков с мочой;
- ~усиленный синтез бета-глобулинов;

~усиленный катаболизм глобулинов.

}

К патогенетическим средствам лечения нефротического синдрома относятся: {

~диуретики;

=глюкокортикоиды;

~белковые препараты;

}

"Сольтеряющая почка" не развивается при: {

~хроническом гломерулонефрите;

~лекарственной нефропатии;

=обструктивной нефропатии;

~поликистозе почек.

}

Стероидная терапия противопоказана при: {

~лоханочном нефротическом синдроме;

=амилоидозе;

~лекарственном нефротическом синдроме;

~гломерулонефрите.

}

Наиболее часто поражаются при амилоидозе: {

=почки;

~сердце;

~кишечник;

~суставы.

}

При пиелонефрите в осадке мочи чаще встречаются цилиндры: {

~восковидные;

~жироперерожденные;

~эпителиальные;

=гиалиновые.

}

Для гломерулонефрита характерна: {

~лихорадочная протеинурия;

~ортостатическая протеинурия;

~протеинурия напряжения;

=клубочковая протеинурия.

}

Наиболее характерным для острого гломерулонефрита считается появление в анализах мочи: {

~лейкоцитурии;

=протеинурии;

~гипостенурии;

~бактериурии.

}

Больным хроническим циститом показаны: {

~скипидарные ванны;
~«сухие» углекислые ванны;
=хлоридные натриевые ванны;
~сульфидные ванны.
}

Наиболее быстрое прогрессирование гломерулонефрита наблюдается при: {
~артериальной гипертонии;
~нефротическом синдроме;
=смешанном нефрите;
~наличии макрогематурии.
}

Для ранней диагностики диабетической нефропатии наиболее информативным диагностическим признаком является: {
~лейкоцитурия;
~макрогематурия;
=альбуминурия;
~микрогематурия.
}

Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита считается: {
~стафилококк;
=стрептококк;
~клебсиелла;
~синегнойная палочка.
}

Для хронической почечной недостаточности характерна: {
~уробилинурия;
=гиперкреатининемия;
~гиперальбуминемия;
~дислипидемия.
}

Лекарственный нефрит характеризуется преимущественным поражением: {
=интерстициальной ткани;
~канальцевого аппарата;
~ клубочкового аппарата;
~мезангиальной ткани.
}

Для гломерулонефрита характерна: {
~лихорадочная протеинурия;
=клубочковая протеинурия;
~ортостатическая протеинурия;
~протеинурия напряжения.
}

Наиболее распространенным методом хирургического лечения фибромускулярной гиперплазии почечной артерии является: {

=ангиопластика почечной артерии;
~нефропексия;
~нефрэктомия;
~протезирование с использованием сосудистого аутооттрансплантата.
}

Больным хроническим циститом показаны: {

~«сухие» углекислые ванны;
=хлоридные натриевые ванны;
~скипидарные ванны;
~сульфидные ванны.
}

Одним из наиболее характерных симптомов уремической интоксикации является: {

=дыхание Куссмауля;
~дисфункция кишечника;
~анорексия, тошнота, рвота;
~дыхание Чейн-Стокса.

Темная или желтоватая окраска кожи при хронической почечной недостаточности возникает вследствие: {

~повышения уровня прямого билирубина в крови;
=задержки выделения урохромов с мочой;
~нарушения конъюгации билирубина гепатоцитом;
~повышения уровня непрямого билирубина в крови.
}

Ранним лабораторным признаком амилоидоза является: {

~цилиндрурия;
=протеинурия;
~лейкоцитурия;
~бактериурия.
}

Для установления диагноза хронической болезни почек у пациента с сохранной или повышенной скоростью клубочковой фильтрации (> 90 мл/мин/1,73м²) необходимо выявить: {

~единичные бактерии в анализах мочи;
~гиперурикемию в повторных анализах крови;
~единичные цилиндры в анализах мочи;
=признаки повреждения почек.
}

Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать: {

~ретроградную пиелографию;
~хромоцистоскопию;
~экскреторную урографию;
=нефросцинтиграфию.
}

Образованию камней в почках способствует : {

~нарушение уродинамики;

~гиперкальциемия;
=гиперурикемия;
~инфекция мочевых путей.
}

Для нефротического синдрома наиболее характерно сочетание: {
=отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии;
~артериальной гипертонии, протеинурии, лейкоцитурии;
~артериальной гипертонии, отечного синдрома, гематурии;
~лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии.
}

Чаще всего вторичный амилоидоз почек развивается при: {
=ревматоидном артрите;
~гранулематозе Вегенера;
~системной красной волчанке;
~узелковом периартериите.
}

Какой вариант является наиболее частым проявлением рецидивирующего нефротического синдрома при хроническом гломерулонефрите? {
~минимальные изменения клубочков;
~мезангиопролиферативный;
~мембрanoзный;
=мезангиокапиллярный.
}

Возбудителем пиелонефрита чаще всего является: {
~золотистый стафилококк;
=энтеробактерия;
~смешанная флора;
~синегнойная палочка.
}

Для поражения почек при миеломной болезни характерно появление: {
~макрогематурии;
~лейкоцитурии;
=протеинурии;
~гиперстенурии.
}

Образованию камней в почках способствует: {
=гиперурикемия;
~нарушение уродинамики;
~гиперкальциемия;
~инфекция мочевых путей.
}

Для нефротического синдрома характерны: {
~гиперлипидемия и гипербилирубинемия;
~гиперфибриногенемия и гиперферментемия;
~гиперпротеинемия и диспротеинемия;

=гипопротеинемия и гиперлипидемия.

}

Основным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является: {

~стафилококк;

~клебсиелла;

=бета-гемолитический стрептококк группы А;

~синегнойная палочка.

}

После перенесенной инфекции острый гломерулонефрит развивается через: {

=10-12 дней;

~3-4 дня;

~неделю;

~месяц.

}

При остром гломерулонефрите показано: {

=ограничение хлорида натрия до 1,5 г/сутки;

~увеличение потребления хлорида натрия;

~увеличение количества потребляемой жидкости;

~повышение потребления K^+ - содержащих продуктов.

}

Заболеванию острым гломерулонефритом подвержена возрастная группа: {

~до 2 лет;

=с 2-летнего возраста и до 40 лет;

~периода менопаузы;

~пубертантного периода.

}

При остром гломерулонефрите гемодинамические нарушения обусловлены: {

=гиперволемией;

~гиповолемией;

~гиперениемией;

~повышением концентрации простагландинов.

}

Классическая триада симптомов острого гломерулонефрита включает в себя: {

=отеки, гипертонию, гематурию;

~одышку, зуд кожных покровов, набухание шейных вен;

~зуд кожных покровов, набухание шейных вен, гипертонию;

~одышку, набухание шейных вен, сердцебиение.

}

Клиническими проявлениями *facies nefritica* являются: {

=отеки лица;

~акроцианоз;

~пустулы на лице;

~землистый оттенок кожи.

}

Характерным гемодинамическим расстройством при остром гломерулонефрите является: {

- =расширение полостей сердца;
 - ~акцент II тона над аортой;
 - ~низкое диастолическое давление;
 - ~низкое пульсовое давление.
- }**

Ведущее значение в патогенезе гипертонии при остром гломерулонефрите придается: {

- =задержке натрия и воды;
 - ~снижению ОЦК и ударного объема сердца;
 - ~сужению почечных артерий (вазо-ренальный механизм);
 - ~увеличению уровня кортизола в крови.
- }**

Боли в области поясницы при остром гломерулонефрите могут быть связаны с: {

- ~наличием конкрементов в мочевыводящей системе;
 - ~апостематозными изменениями паренхимы почек;
 - =нарушением уродинамики;
 - ~ишемическим инфарктом почек.
- }**

Какой признак является характерным для острого гломерулонефрита? {

- ~изостенурия;
 - =щелочная реакция мочи;
 - ~увеличение нейтрофилов в моче;
 - ~увеличение лимфоцитов в моче.
- }**

При постстрептококковом гломерулонефрите наблюдается: {

- =высокий титр антител к антигенам стрептококка;
 - ~повышение титра почечных аутоантител;
 - ~наличие антинуклеарных антител;
 - ~понижение титра почечных аутоантител.
- }**

Осложнением острого гломерулонефрита является: {

- =олигоанурия в острой фазе заболевания с развитием ОПН;
 - ~массивное почечное кровотечение;
 - ~шок;
 - ~тромбоэмболический синдром.
- }**

Показанием для назначения глюкокортикоидов при остром гломерулонефрите является: {

- ~отеки;
 - =наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии;
 - ~артериальная гипертония;
 - ~макрогематурия.
- }**

**Антикоагулянты и дезагреганты при остром гломерулонефрите назначают
сцелью: {**

- ~профилактики коронарного тромбоза;
 - ~профилактики тромбоэмболического синдрома;
 - =воздействия на процессы локальной внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции;
 - ~профилактики тромбоза почечной артерии.
- }**

**Максимально активный нефрит при хроническом гломерулонефрите
диагностируют при наличии: {**

- ~массивной протеинурии > 3,5 г/сутки;
 - =длительно персистирующего острого нефротического синдрома;
 - ~массивной эритроцитурии с умеренной протериинурией;
 - ~стойкой высокой артериальной гипертензией.
- }**

**Неактивный нефротический тип хронического гломерулонефрита
характеризуется: {**

- ~отсутствием эритроцитурии;
 - =гематурией разной выраженности;
 - ~лейкоцитурией;
 - ~стойкой высокой артериальной гипертензией.
- }**

**Наиболее прогностически благоприятным является хронический
гломерулонефрит: {**

- =нефротический;
 - ~нефротически-гипертонический;
 - ~максимально активный нефротический;
 - ~активный нефротический.
- }**

**Для лечения хронического гломерулонефрита в настоящее время
используются: {**

- ~статины;
 - ~тромболитики;
 - ~антибиотики;
 - =цитостатики.
- }**

Длительность лечения при хроническом гломерулонефрите составляет: {

- ~несколько недель;
 - ~2-3 месяца;
 - ~6 месяцев;
 - =6 месяцев – 2 года.
- }**

**Хронический гломерулонефрит развивается как исход острого
гломерулонефрита в _____ % случаев: {**

- ~80-90;

~50;
~100;
=10-20.
}

При светооптическом исследовании не обнаруживают изменения структур при _____ хроническом гломерулонефрите: {

~мезангиопролиферативном;
~мезангиокапиллярном;
~мембранозном;
=минимальных изменениях клубочков.
}

Самым часто встречающимся клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является: {

~гематурический;
=латентный;
~нефротический;
~гипертонический.
}

Для мочевого синдрома при хроническом гломерулонефрите характерна: {

~низкая протеинурия;
~высокая протеинурия;
=гематурия;
~наличие в моче клеток Штернгеймера-Мальбина.
}

Для хронического гломерулонефрита характерна _____ протеинурия: {

=гломерулярная;
~тубулярная;
~«переполнения»;
~напряжения.
}

Для гипертонического варианта хронического гломерулонефрита характерен _____ синдром: {

~выраженный мочево́й;
=гипертонический;
~отечный;
~болево́й.
}

Снижение клубочковой фильтрации при хронического гломерулонефрите выявляет проба: {

~по Нечипоренко;
=Зимницкого;
~Алдиса-Каковского;
~Амбюрге.
}

Хронический гломерулонефрит часто проявляется рецидивирующим остонефротическим синдромом при _____ варианте: {

~мезангиопролиферативном;

=мезангиокапиллярном;

~мембранозном;

~фибропластическом.

}

Главным признаком нефротического синдрома является: {

~лейкоцитурия;

=протеринурия;

~гематурия;

~цилиндрурия.

}

Стадию альбуминурии/протеинурии определяют как «незначительно повышенную» при наличии отношения альбумин/креатинин (в мг/г): {

~300 – 1999;

~≥ 2000;

~30 – 299;

=10-29.

}

Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает: {

~нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной;

~нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной;

~макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной;

=микроцитарной, гипохромной, железорезистентной.

}

Потемнение мочи, иктеричность кожи и склер, боли в животе, умеренная гепатоспленомегалия характерны для анемии: {

~железодефицитной;

~фолиеводефицитной;

~В12-дефицитной;

=гемолитической.

}

Тромбоцитопения может наблюдаться при: {

=ДВС-синдроме;

~гемолитической анемии;

~железодефицитной анемии;

~эссенциальной тромбоцитемии.

}

При доказанной микроальбуминурии назначают: {

=ингибиторы АПФ;

~блокаторы α-адренорецепторов;

~блокаторы β-адренорецепторов;

~петлевые диуретики.

}

Появление в моче белка Бенс-Джонса считается диагностически информативным для: {

- ~хронического пиелонефрита;
 - =миеломной нефропатии;
 - ~анальгетической нефропатии;
 - ~хронического гломерулонефрита.
- }**

Для нефротического синдрома характерны: {

- ~гиперпротеинемия и диспротеинемия;
 - ~гиперфибриногенемия и гиперферментемия;
 - =гипопротеинемия и гиперлипидемия;
 - ~гиперлипидемия и гипербилирубинемия.
- }**

Хроническую болезнь почек диагностируют у пациентов с признаками повреждения почек или снижения их функции в течение (в месяцах): {

- ~ ≥ 6 ;
 - ~ ≥ 16 ;
 - ~ ≥ 12 ;
 - = ≥ 3 .
- }**

Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются: {

- ~тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина;
 - ~увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени;
 - =тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени;
 - ~анемия, гиперкалиемия, снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров.
- }**

Наименее вероятной причиной развития нефротического синдрома является: {

- ~диабетическая нефропатия;
 - ~гломерулонефрит;
 - =поликистоз почек;
 - ~миеломная почка.
- }**

Цилиндры быстро разрушаются в моче со значением pH: {

- ~6-7;
 - =8-10;
 - ~4-5,5;
 - ~7-8.
- }**

Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются: {

- ~бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток;
- ~белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия;
- ~урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая;

=протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи.
}

К петлевым диуретикам относится: {

=торасемид;
~амилорид;
~хлорталидон;
~спиронолактон.
}

Одним из наиболее характерных симптомов уремической интоксикации является: {

=дыхание Куссмауля;
~анорексия, тошнота, рвота;
~дисфункция кишечника;
~дыхание Чейн-Стокса.
}

Для хронической почечной недостаточности характерна: {

=гиперкреатининемия;
~уробилинурия;
~гиперальбуминемия;
~дислипидемия.
}

При хронической болезни почек с 3А стадии противопоказан: {

=глибенкламид;
~ситаглиптин;
~эмпаглифлозин;
~метформин.
}

Наиболее частым клиническим вариантом хронического гломерулонефрита является: {

~нефротический;
=латентный;
~гематурический;
~смешанный.
}

Для оценки функционального состояния почек целесообразно использовать: {

~экскреторную урографию;
~хромоцистоскопию;
=нефросцинтиграфию;
~ретроградную пиелографию.
}

Для поражения почек при миеломной болезни характерно появление: {

~макрогематурии;
~лейкоцитурии;
~гиперстенурии;
=протеинурии.

}

Наиболее ранним признаком хронической почечной недостаточности является: {

- ~азотемия;
 - ~гиперкальциемия;
 - =никтурия;
 - ~метаболический ацидоз.
- }

Характерными для нефротического синдрома изменениями в анализах мочи являются: {

- ~белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия;
 - ~бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток;
 - ~урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая;
 - =протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи.
- }

Раздел : Органы кроветворения

К симптомам анемии относятся: {

- =одышка, бледность;
 - ~кровоточивость, боли в костях;
 - ~увеличение селезенки, лимфатических узлов;
 - ~увеличение селезенки, боли в костях.
- }

Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для: {

- ~хронической кровопотери;
 - ~апластической анемии;
 - =гемолитической анемии;
 - ~В 12- дефицитной анемии.
- }

В организме взрослого содержится: {

- ~2-5 г железа;
 - =4-5 г железа;
 - ~6-7 г железа;
 - ~1-3 г железа.
- }

Признаками дефицита железа являются: {

- =выпадение волос;
 - ~иктеричность;
 - ~увеличение печени;
 - ~парестезии.
- }

Сфероцитоз эритроцитов встречается при: {

- =болезни Минковского-Шоффара;
- ~В12-дефицитной анемии;
- ~внутрисосудистом гемолизе;

~острой кровопотере.

}

Препараты железа назначаются на срок: {

~1-2 недели;

=2-3 месяца;

~4-5 месяцев;

~4 -5 недель.

}

Гипохромная анемия возникает при: {

~железодефицитной анемии;

~нарушении синтеза порфиринов;

=В12-дефицитной анемии;

~сидероахрестической анемии.

}

Гипорегенераторный характер анемии указывает на: {

~наследственный сфероцитоз;

=аплазию кроветворения;

~недостаток железа в организме;

После спленэктомии при наследственном сфероцитозе: {

~в крови не определяются сфероциты;

=возникает тромбоцитоз;

~возникает тромбоцитопения;

~уровень тромбоцитов в норме.

}

У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина и увеличение селезенки. Вы можете предположить: {

~наследственный сфероцитоз;

~талассемию;

~В12-дефицитную анемию;

=аутоиммунную панцитопению.

}

Внутрисосудистый гемолиз: {

~никогда не происходит в норме;

~характеризуется повышением уровня непрямого билирубина;

~характеризуется повышением уровня прямого билирубина;

=характеризуется гемоглобинурией.

}

Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии: {

~не возникают никогда;

~возникают только при гемолитико-уремическом синдроме;

~характерны для внутриклеточного гемолиза;

=характерны для внутрисосудистого гемолиза.

}

Наиболее информативным исследованием для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами является: {

- ~прямая проба Кумбса;
 - ~непрямая проба Кумбса;
 - ~определение продолжительности жизни меченых эритроцитов больного;
 - =определение продолжительности жизни меченых эритроцитов донора.
- }**

Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать: {

- ~об эритремии;
 - ~об апластической анемии;
 - =об остром лейкозе;
 - ~о В12-дефицитной анемии.
- }**

Для железодефицитной анемии характерны: {

- ~гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
- ~гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;
- =гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
- ~гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;

Для диагностики В12 -дефицитной анемии достаточно выявить: {

- ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию;
 - ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию и атрофический гастрит;
 - ~гиперхромную, гипорегенераторную, макроцитарную анемию с определением в эритроцитах телец Жолли и колец Кебота;
 - =мегалобластический тип кроветворения.
- }**

При лечении витамином В12: {

- ~обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
 - ~ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения;
 - =ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;
 - ~всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии;
- }**

Внутриклеточный гемолиз характерен для: {

- =наследственного сфероцитоза;
 - ~болезни Маркиафавы-Микели;
 - ~болезни Жильбера;
 - ~эритремии.
- }**

Для наследственного сфероцитоза характерно: {

- ~бледность;
- ~эозинофилия;
- =увеличение селезенки;

~ночная гемоглобинурия.

}

Внутренний фактор Кастла образуется:{

=в фундальной части желудка;

~в двенадцатиперстной кишке;

~в кардиальном отделе желудка;

~в пилорическом отделе желудка.

}

Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо 2,3 г/л, железосвязывающая способность сыворотки 30 мкм/л, десфераловая проба 2,5 мг, то у него: {

~железодефицитная анемия;

=сидероахрестическая анемия;

~талассемия;

~В12-дефицитная анемия.

}

Сидеробласты-это: {

~эритроциты, содержащие уменьшенное количество гемоглобина;

=красные клетки-предшественники, содержащие негемовое железо в виде гранул;

~красные клетки-предшественники, не содержащие гемоглобин;

~ретикулоциты.

}

Если у больного появляется черная моча, то можно думать: {

=об анемии Маркиафавы-Микели;

~о синдроме Имерслунд-Гресбека;

~об апластической анемии;

~о наследственном сфероцитозе.

}

Тромботические осложнения особенно характерны для: {

~наследственного сфероцитоза;

~талассемии;

=серповидноклеточной анемии;

~дефицита Г-6-ФД.

}

Обнаружение в костном мозге большого количества сидеробластов с гранулами железа, кольцом окружающим ядро, характерно для: {

~железодефицитной анемии;

=сидероахрестической анемии;

~талассемии;

~серповидноклеточной анемии.

}

Для лечения талассемии применяют: {

=десферал;

~гемотрансфузионную терапию;

~лечение препаратами железа;

~фолиевую кислоту.

}

После спленэктомии у больного с наследственным сфероцитозом: {

~серьезных осложнений не возникает;

~может возникнуть тромбоцитопенический синдром;

=могут возникнуть тромбозы легочных и мезентериальных сосудов;

~не бывает повышения уровня тромбоцитов выше 200.000.

}

В отношении пернициозной анемии верно положение: {

=предполагается наследственное нарушение секреции внутреннего фактора;

~нарушение осмотической резистентности эритроцита;

~нарушение цепей глобина;

~нарушение всасывания железа.

}

Клиническими проявлениями фолиеводефицитной анемии являются: {

=головокружение, слабость;

~парестезии;

~признаки фуникулярного миелоза;

~гемоглобинурия.

}

Объясните происхождение койлонихий, выявляемых при общем осмотре: {

~геморрагический синдром;

~гиперэстрогения;

=сидеропенический синдром;

~нарушение синтетической функции печени.

}

Признаком, характерным для гемолитической желтухи является: {

=увеличение непрямого билирубина;

~билирубин в моче;

~увеличение прямого билирубина;

~нормальное значение непрямого билирубина.

}

Наиболее характерно для синдрома гиперспленизма: {

=анемия;

~лейкоцитоз;

~лимфоцитоз;

~лимфопения.

}

Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию: {

=синдрома Рейно;

~умеренной анемии;

~замедленного СОЭ;

~наличию первой группы крови.

}

Филадельфийская хромосома: {

- ~обязательный признак заболевания;
- ~определяется только в клетках гранулоцитарного ряда;
- =определяется в клетках-предшественниках мегакариоцитарного ростка;
- ~определяется только в клетках лимфоцитарного ряда.

}

К группе гипохромных анемий относится анемия: {

- =сидероахрестическая;
- ~В12-дефицитная;
- ~микросфероцитарная;
- ~апластическая.

}

У беременных женщин при длительном приёме противосудорожных препаратов при злоупотреблении алкоголем наблюдается высокий риск развития анемии: {

- =фолиеводефицитной;
- ~железодефицитной;
- ~гемолитической;
- ~В12-дефицитной.

}

Показанием для парентерального введения препаратов железа является: {

- ~планируемое оперативное лечение миомы матки;
- ~повторная беременность;
- =язвенная болезнь желудка в стадии обострения;
- ~язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии.

}

Витамин В12 рекомендуется назначать больным с его дефицитом по схеме: {

~месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года;

~два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы ежеквартально;

~два месяца непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы раз в 2-3 года;

=месяц непрерывного лечения, далее повторные профилактические курсы 1-2 раза в год.

}

При сидероахрестической анемии противопоказан: {

- ~витамин В6;
- ~витамин С;
- ~десферал;
- =феррум лек.

}

При лечении больного в состоянии агранулоцитоза персонал должен: {

- ~носить исключительно одноразовое стерильное белье;
- ~протирать свои руки и лицо раствором антисептика;

=переодеваться при входе в палату;
~мыть руки трижды перед входом в палату.
}

Гипохромия эритроцитов может наблюдаться при: {

~микросфероцитозе;
=талассемии;
~дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;
~дефиците В12.
}

Анизохромия характеризуется изменением _____ эритроцитов: {

~структуры;
~формы;
~диаметра;
=окраски.
}

При лечении микросфероцитарной анемии используется: {

~цианкобаламин;
~гормонотерапия;
~ферротерапия;
=спленэктомия.
}

Основной причиной анемии при хронической почечной недостаточности является: {

~дефицит фолиевой кислоты;
~нарушение всасывания железа;
~геморрагический синдром;
=нарушение эритропоэза.
}

При выборе диетического режима больным с железодефицитной анемией следует рекомендовать: {

~гречневую крупу;
=мясные продукты;
~яблоки;
~зелень.
}

Лейкопения может являться следствием применения: {

=цитостатиков;
~гормональных контрацептивов;
~колониестимулирующего фактора;
~эритропоэтина.
}

При железодефицитной анемии используют приемы классического массажа: поглаживание, растирание и: {

~выжимание;
=разминание;
~прерывистую вибрацию;
~потряхивание.
}

Критерием эффективности проводимой терапии в первые две недели при В12-дефицитной анемии является: {

~повышение уровня сывороточного железа;
~уменьшение числа микроцитов;
=повышение уровня ретикулоцитов;
~нормализация уровня билирубина.
}

Болезнь Гоше и порфирия: {

=являются редкими болезнями, мало знакомыми врачам-терапевтам;
~требуют трансплантации костного мозга;
~относятся к гемобластозам и к сфере ведения больных врачом-гематологом;
~в России не диагностируются и не лечатся.
}

Фуникулярный миелоз характерен для анемии: {

~железодефицитной;
~гемолитической;
~апластической;
=В12-дефицитной.
}

Показанием для парентерального введения препаратов железа является: {

=синдром мальдигестии;
~повторная беременность;
~планируемое оперативное лечение миомы матки;
~язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии.
}

Назначение эритропоэтина может вызывать: {

~!тошноту и рвоту;
=артериальную гипертензию;
~лихорадочный синдром;
~тромбоцитопению.
}

Анемия может наблюдаться при _____ недостаточности: {

~острой сердечной;
~хронической дыхательной;
=хронической почечной;
~острой печеночной.
}

Лабораторными признаками развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хронической почечной недостаточности являются: {

~увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени;

~анемия, гиперкалиемия, снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров;
~тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина;
=тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени.
}

Для железодефицитной анемии характерно _____ ферритина и _____ ОЖСС: {
~повышение; повышение;
~снижение; снижение;
=снижение; повышение;
~повышение; снижение.
}

Лейкопения может являться следствием: {
~хронического лимфолейкоза;
~миеломной болезни;
=хронического гепатита;
~острого панкреатита.
}

Лекарственная тромбоцитопатия может быть связана с приемом: {
=нестероидных противовоспалительных препаратов;
~гипотензивных лекарственных средств;
~противовирусных препаратов;
~антибиотиков широкого спектра действия.
}

При лечении агранулоцитоза следует обеспечить: {
~проветривание помещений;
=асептические условия;
~чистоту полов;
~стерильную пищу.
}

К признакам ДВС-синдрома относится: {
=гематомно-петехиальный;
~петехиальный;
~ваккулитно-пурпурный;
~гематомный.
}

При назначении препаратов В12 у больных с В12-дефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ к концу ____ недели терапии: {
=гемоглобина; 3;
~лейкоцитов; 3;
~тромбоцитов; 3;
~гемоглобина; 1.
}

При решении вопроса о продолжении ферротерапии оценивают уровень: {

=ферритина;
~сывороточного железа;
~трансферина;
~общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС).
}

Признаком гемолитической анемии является: {
~лейкоцитоз;
~тромбоцитопения;
=высокий ретикулоцитоз;
~повышение трансаминазной активности.
}

Методом остановки кровотечения при остром ДВС-синдроме является: {
~введение не менее 1 л теплой донорской крови;
=переливание достаточных объемов свежзамороженной плазмы;
~назначение препаратов фактор протромбинового комплекса;
~проведение плазмафереза в объеме 1 л эксфузии.
}

При назначении препаратов железа у больных с железодефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ к концу _____ недели терапии: {
=ретикулоцитов; 1;
~гемоглобина; 1;
~гемоглобина; 2;
~эритроцитов; 1.
}

Профилактическое лечение в12-дефицитной анемии проводится: {
=ежемесячно по 500 мкг витамина B12;
~1000 мкг витамина B12 1 раз в год;
~1000 мкг витамина B12 1 раз в полгода;
~ежедневно по 500 мкг витамина B12.
}

Стернальная пункция является обязательной диагностической процедурой при: {
~болезни Виллебранда;
~железодефицитной анемии;
=B12-дефицитной анемии;
~гемофилии.
}

Уменьшение значения показателя оседания эритроцитов является следствием: {
~увеличение вязкости крови;
=увеличения концентрации эритроцитов в крови;
~болезней обмена веществ;
~снижения концентрации эритроцитов в крови.

}

Сдвиг лейкоцитарной формулы влево является следствием: {

- =бактериальной инфекции;
- ~физического перенапряжения;
- ~вирусной инфекции;
- ~глистной инвазии.

}

Эритропоэтин используется для лечения ____ при: {

- ~лейкопении; воздействии цитостатиков;
- ~анемии; аутоиммунном гемолизе;
- =анемии; хронической болезни почек;
- ~анемии; острой почечной недостаточности.

}

Первый этап лечения железодефицитной анемии предусматривает назначение препаратов железа (в пересчете на трехвалентное) в дозе (в мг): {

- ~50-100;
- ~500-1000;
- =200-300;
- ~100-150.

}

При лечении больного в состоянии агранулоцитоза персонал должен: {

- =переодеваться при входе в палату;
- ~носить исключительно одноразовое стерильное белье;
- ~мыть руки трижды перед входом в палату;
- ~протирать свои руки и лицо раствором антисептика.

}

Фолиевая кислота входит в состав препарата: {

- ~феррум лек;
- =матерна;
- ~тотема;
- ~сорбифер.

}

К группе гемоглобинопатий относится анемия: {

- ~B12-дефицитная;
- =серповидно-клеточная;
- ~железодефицитная;
- ~микросфероцитарная.

}

При выявлении B12-дефицитной анемии лечение витамином B12 начинают с дозы (в мкг в сутки): {

- =500;
- ~100;
- ~200;
- ~300.

}

Антифосфолипидный синдром: {

- ~является редкой болезнью, не встречающейся в практике врача-терапевта;
 - ~встречается исключительно у больных с гепатитом;
 - =является частой причиной невынашивания беременности;
 - ~диагностируется с помощью исключительно иммунологических методов.
- }**

К группе гипохромных анемий относится анемия: {

- ~микросфероцитарная;
 - ~В12-дефицитная;
 - =сидероахрестическая;
 - ~апластическая.
- }**

Ретикулоцитоз характерен для анемии: {

- =гемолитической;
 - ~В12-дефицитной;
 - ~железодефицитной;
 - ~фолиеводефицитной.
- }**

При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать: {

- ~международное нормализованное отношение;
 - ~тромбиновое время;
 - ~протромбиновый индекс по Квику;
 - =активированное парциальное тромбиновое время.
- }**

В схемах лечения ДВС-синдрома присутствуют: {

- ~антикоагулянты и активаторы фибринолиза;
 - ~антиагреганты и активаторы фибринолиза;
 - =плазмаферез и свежемороженая плазма;
 - ~антикоагулянты, антифибринолитики.
- }**

Препаратом группы глюконата железа является: {

- ~ферретаб;
 - ~мальтофер;
 - ~сорбифер;
 - =тотема.
- }**

Препаратом трехвалентного железа является: {

- ~сорбифер;
 - =мальтофер;
 - ~тотема;
 - ~ферретаб.
- }**

При в12-дефицитной анемии в общем анализе крови может наблюдаться склонность к: {

- =панцитопении;
 - ~появлению миелоцитов;
 - ~тромбоцитозу;
 - ~лейкоцитозу.
- }**

Увеличение концентрации эозинофилов в крови является характерным при: {

- ~циррозе печени;
 - ~стенокардии напряжения;
 - =бронхиальной астме;
 - ~ревматоидном артрите.
- }**

Лейкоцитоз может быть отражением: {

- =пневмонии;
 - ~бронхиальной астмы;
 - ~вирусного гепатита;
 - ~стенокардии напряжения.
- }**

Лейкопения может являться следствием применения: {

- ~гормональных контрацептивов;
 - ~колониестимулирующего фактора;
 - =цитостатиков;
 - ~эритропоэтина.
- }**

После окончания стеральной пункции следует: {

- ~положить на место прокола пузырь со льдом;
 - =наклеить стерильную повязку на место прокола;
 - ~оставить больного под наблюдением медицинского персонала;
 - ~наложить на место прокола давящую повязку.
- }**

Феномен ускорения оседания эритроцитов обусловлен: {

- =снижением заряда мембраны эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками;
 - ~появлением белковых «мостиков» между клетками;
 - ~дислипидемией, обусловленной воспалением;
 - ~нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембраны эритроцитов.
- }**

Истончение и деформация ногтевых пластин, сухость и ломкость волос, сглаженность сосочков языка, нарушение глотания сухой пищи являются проявлением: {

- ~гемолитического криза;
- ~общееанемического синдрома;
- =сидеропенического синдрома;

~фуникулярного миелома.

}

Побочным эффектом, не свойственным интерферону альфа, является: {

~депрессия;

=гемолитическая анемия;

~нарушение функции щитовидной железы;

~тромбоцитопения.

}

При проведении стеральной пункции следует: {

~провести местное обезболивание кожи перед проколом;

~дать успокоительное и не мешать разговорами процедуре;

~дать успокоительное и поддерживать ободряющую беседу во время процедуры;

=объяснить больному ход процедуры и ее значение.

}

Критерием, отражающим запасы железа в организме, является: {

=ферритин;

~гепсидин;

~гемосидерин;

~трансферрин.

}

При использовании прямых антикоагулянтов в профилактических дозах необходимо контролировать: {

~уровень агрегации тромбоцитов;

~хронометрические показатели гемостаза;

=наличие геморрагических осложнений;

~уровень фибринолитической активности крови.

}

При назначении препаратов В12 у больных с В12-дефицитной анемией оценкой эффективности терапии будет служить повышение уровня _____ к концу __ недели терапии: {

~тромбоцитов; 2;

~гемоглобина; 1;

=ретикулоцитов; 1;

~лейкоцитов; 1;

}

При амбулаторном проведении цитостатической терапии необходимо проводить: {

~регулярные анализы мочи;

~профилактическое назначение антибиотиков;

=регулярные анализы крови;

~ежедневный осмотр гематолога.

}

Клональная дифференцировка Т-лимфоцитов происходит в: {

~лимфоузлах;

~костном мозге;

~селезенке;
=тимусе.
}

При оперативном родоразрешении у роженицы с апластической анемией необходимо предусмотреть переливание: {

~нативной плазмы;
~эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы;
~тромбоцитарной массы и свежезамороженной плазмы;
=эритроцитарной и тромбоцитарной массы.
}

Преимуществом трехвалентного железа перед двухвалентным является: {

=меньшая частота осложнений;
~меньшая суточная доза;
~более быстрый эффект;
~более низкая стоимость.
}

При B12-дефицитной анемии в общем анализе крови может наблюдаться склонность к: {

~появлению миелоцитов;
=панцитопении;
~лейкоцитозу;
~тромбоцитозу.
}

Для железодефицитной анемии характерно: {

~выявление наследственности;
~кризовое течение;
~острое начало;
=постепенное развитие.
}

Профилактическое лечение B12-дефицитной анемии проводится: {

=ежемесячно по 500 мкг витамина B12;
~1000 мкг витамина B12 1 раз в год;
~ежедневно по 500 мкг витамина B12;
~1000 мкг витамина B12 1 раз в полгода.
}

Анемия при нефротическом синдроме чаще всего бывает: {

=микроцитарной, гипохромной, железорезистентной;
~нормохромной, дисгемопоэтической, арегенаторной;
~макроцитарной, гиперхромной, норморегенаторной;
~нормохромной, гемолитической, гиперрегенаторной.
}

В нормальном лимфоузле присутствуют: {

~эпителиоидные клетки;
~только Т-лимфоциты;
~клетки миелоидного ряда;

=В- и Т-лимфоциты.

}

При лечении микросфероцитарной анемии используется: {

~цианкобаламин;

~ферротерапия;

~гормонотерапия;

=спленэктомия.

}

Препаратом группы сульфата железа является: {

~ферретаб;

~тотема;

~мальтофер;

=сорбифер.

}

Фолиевая кислота входит в состав препарата: {

=матерна;

~феррум лек;

~сорбифер;

~тотема.

}

Генетические полиморфизмы генов, кодирующих белки системы свертывания крови: {

~не имеют диагностического значения в оценке генетических тромбофилий;

=являются одним из признаков генетических тромбофилий;

~важны для оценки риска тромбоэмболии легочной артерии у онкологических больных;

~являются важнейшим элементом диагностики генетических тромбофилий.

}

Стернальная пункция: {

~всегда требует местной анестезии;

~всегда требует общей анестезии;

=проводится в амбулаторных и стационарных условиях;

~проводится исключительно врачом гематологом.

}

Показанием для парентерального введения препаратов железа является резекция: {

~толстой кишки;

=тонкой кишки;

~правого легкого;

~поджелудочной железы.

}

Пойкилоцитоз характеризуется изменением _____ эритроцитов: {

~структуры;

~диаметра;

=формы;
~окраски.
}

Значение показателя оседания эритроцитов по панченкову равное 2 мм в час является: {

~пониженным для мужчин;
~нормальным для женщин;
~повышенным для мужчин и женщин;
=нормальным для мужчин и женщин.
}

Назначение эритропоэтина может вызывать: {

~тромбоцитопению;
~лихорадочный синдром;
=артериальную гипертензию;
~тошноту и рвоту.
}

При лечении цитостатического агранулоцитоза используют: {

=антибиотики, антисептики и колониестимулирующий фактор;
~преднизолон, антисептики и колониестимулирующий фактор;
~антибиотики, преднизолон и колониестимулирующий фактор;
~преднизолон, антисептики и цитостатики.
}

Беременным, подросткам, лицам, получающим длительно противосудорожные препараты, злоупотребляющим алкоголем, при лечении железодефицитной анемии целесообразно назначать препараты, содержащие: {

~микроэлементы;
~витамин В12;
=фолиевую кислоту;
~витамин С.
}

В лечении лимфаденопатий не следует использовать: {

~антигистаминные средства;
~антибиотики;
~интерфероны;
=физиотерапию, согревающие процедуры.
}

При использовании не прямых антикоагулянтов необходимо контролировать: {

=международное нормализованное отношение;
~активированное парциальное тромбиновое время;
~протромбиновый индекс по Квику;
~уровень антитромбина III.
}

Некротическая энтеропатия характерна для: {

=иммунного агранулоцитоза;

~лимфогранулематоза;
~эритремии;
~анемии.
}

Лейкемоидные реакции встречаются: {

~при лейкозах;
=при септических состояниях;
~при иммунном гемолизе;
~при СКВ.
}

Под лимфоаденопатией понимают: {

~лимфоцитоз в периферической крови;
~высокий лимфобластоз в стерильном пунктате;
=увеличение лимфоузлов;
~увеличение селезенки.
}

ДВС-синдром может возникнуть при: {

=генерализованной инфекции;
~эпилепсии;
~внутриклеточном гемолизе;
~ревматическом заболевании.
}

Для лечения ДВС-синдрома используют: {

=свежезамороженную плазму;
~сухую плазму;
~физ. раствор;
~эритроцитарную массу.
}

Раздел: Эндокринология

Сахарный диабет первого типа следует лечить: {

~только диетотерапией;
~сульфаниламидными препаратами;
=инсулином на фоне диетотерапии;
~голоданием.
}

У юноши 18 лет после простудного заболевания появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови 16 ммоль/л, в моче 5%, ацетон в моче положителен. Тип диабета у больного: {

=сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип);
~сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип);
~сахарный диабет второго типа у молодых (mody);
~вторичный сахарный диабет.
}

У полной женщины 45 лет случайно (при диспансерном обследовании) выявлена гликемия натощак 9,2 ммоль/л, глюкозурия 3%, ацетон в моче

отрицательный. Родной брат больной страдает сахарным диабетом. Тип диабета у больной: {

- ~сахарный диабет инсулинозависимый (первый тип);
 - =сахарный диабет ин-сулинонезависимый (второй тип);
 - ~сахарный диабет инсулинонезависимый (второй тип) инсулинопотребный;
 - ~сахарный диабет второго типа типа у молодых (mody).
- }**

Наиболее частой причиной смерти при сахарном диабете первого типа является: {

- ~кетонемическая кома;
 - =гиперосмолярная кома;
 - ~инфаркт миокарда;
 - ~гангрена нижних конечностей.
- }**

Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения: {

- ~строфантина;
 - =изотонического раствора хлорида натрия и инсулина ;
 - ~солей кальция;
 - ~норадреналина.
- }**

Если у больного сахарным диабетом первого типа возникает заболевание, сопровождающееся подъемом температуры, следует: {

- ~отменить инсулин;
 - ~применить пероральные сахароснижающие средства;
 - ~уменьшить суточную дозу инсулина;
 - =увеличить получаемую суточную дозу инсулина.
- }**

Какой из гормонов стимулирует липогенез? {

- ~адреналин;
 - ~глюкагон;
 - =инсулин;
 - ~тироксин.
- }**

Какое побочное действие бигуанидов можно ожидать у больного сахарным диабетом при наличии у него заболеваний, ведущих к тканевой гипоксии (анемия, легочная недостаточность и другие)? {

- ~усиление полиурии;
 - ~кетоацидоз;
 - =лактоацидоз;
 - ~агранулоцитоз.
- }**

Самым активным стимулятором секреции инсулина являются: {

- ~аминокислоты;
- ~свободные жирные кислоты;
- =глюкоза;
- ~фруктоза.

}

Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям, прежде всего в: {

- ~миокарде;
- ~периферической нервной системе;
- =центральной нервной системе;
- ~гепатоцитах.

}

Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является: {

- ~снижение рН крови ниже 7,36;
- ~начинающийся отек мозга;
- =снижение рН крови ниже 7,0;
- ~сопутствующий лактоацидоз.

}

Рациональное соотношение белков, углеводов и жиров в диете больных сахарным диабетом первого типа: {

- =белки 16%, углеводы 60%, жиры 24%;
- ~белки 25%, углеводы 40%, жиры 35%;
- ~белки 30%, углеводы 30%, жиры 40%;
- ~белки 10%, углеводы 50%, жиры 40%.

}

Калорийность диеты больного сахарным диабетом рассчитывают, исходя из: {

- =реальной массы тела;
- ~идеальной массы тела;
- ~возраста;
- ~наличия сопутствующих заболеваний ЖКТ.

}

Потребность в инсулине при сахарном диабете первого типа при длительности заболевания менее одного года составляет: {

- ~0,7 ед на кг фактической массы;
- ~0,9 ед на кг идеальной массы;
- ~1,0 ед на кг идеальной массы;
- =0,5 ед на кг идеальной массы.

}

При длительности сахарного диабета первого типа более года и отсутствии нефропатии потребность в инсулине составляет в среднем в сутки: {

- ~0,1-0,2 ед на кг идеальной массы;
- ~0,3-0,4 ед на кг идеальной массы;
- ~0,5-0,6 ед на кг фактической массы;
- =0,6-0,7 ед на кг идеальной массы.

}

В диете больного сахарным диабетом можно в неограниченном количестве использовать: {

- ~картофель;

=огурцы;
~масло;
~молоко.
}

Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании? {

~С-пептид;
~средняя суточная гликемия;
=гликолизированный гемоглобин ;
~средняя амплитуда гликемических колебаний.
}

Какой из сахароснижающих препаратов Вы порекомендуете больному инсулиннезависимым сахарным диабетом с сопутствующей патологией почек? {

~манинил;
=глюренорм;
~хлорпропамид;
~диабетон;
}

К индивидуальным мерам предупреждения развития йододефицитных заболеваний относится: {

=ежедневный прием йодида калия;
~употребление йодированной соли;
~ежедневный прием левотироксина;
~употребление йодированного хлеба.
}

Лираглутид 3,0 мг в сутки, применяемый для лечения ожирения, относится к группе: {

~ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина;
~антагонистов эндоканабиноидных рецепторов;
=аналогов глюкагоноподобного пептида-1;
~ингибиторов кишечной липазы.
}

Снижение энергетической ценности пищевого рациона для пациентов с ожирением осуществляется за счет уменьшения: {

~белков, жиров и углеводов;
~углеводов;
=жиров;
~белков.
}

При исходном значении уровня гликированного гемоглобина 6,5–7,5% начинать лечение рекомендовано с: {

=монотерапии (метформин, ингибиторы ДПП-4 или аналог ГПП-1);
~инсулинотерапии в базис-болюсном режиме;
~комбинации 3 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин;
~комбинации 2 сахароснижающих препаратов, включая базисный инсулин.
}

Наиболее частыми побочными эффектами применения сибутрамина являются:

{

- =сердцебиение, потливость, сухость во рту;
- ~вздутие живота, диарея;
- ~холестаз, гипербилирубинемия;
- ~запоры и сухость кожи.

}

Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является: {

- ~наличие сахара в крови более 5,5 г/л;
- =наличие в моче ацетона;
- ~сопутствующее ожирение;
- ~полиурия.

}

При выборе индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина следует учитывать: {

- =возраст пациента;
- ~длительность течения сахарного диабета;
- ~наличие сахарного диабета у родственников;
- ~характер сахароснижающей терапии.

}

Репаглинид относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса: {

- ~бигуанидов;
- ~тиазолидиндионов;
- ~производных сульфонилмочевины;
- =производных бензойной кислоты.

}

К осложнениям, вызванным введением инсулина, относится: {

- ~лейкоцитоз;
- =гипогликемия;
- ~гипертриглицеридемия;
- ~кетоз.

}

Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является: {

- ~сопутствующее ожирение;
- =наличие в моче ацетона;
- ~наличие сахара в крови более 5,5 г/л;
- ~полиурия.

}

Метформин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса: {

- =бигуанидов;
- ~ингибиторов дипептидилпептидазы-4;
- ~ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа;
- ~ингибиторов альфа-глюкозидаз.

}

Пациенту с сахарным диабетом необходимо уменьшить дозу базального инсулина при высокой гликемии: {

- =натошак и гипогликемии в ночное время;
- ~перед сном и через 2 часа после приема пищи;
- ~натошак и в ночное время;
- ~препрандиальной.

}

Препаратами выбора для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа и неалкогольной жировой болезнью печени являются: {

- ~препараты инсулина;
- =ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4);
- ~производные сульфонилмочевины;
- ~глиниды.

}

Гликированный гемоглобин обозначают: {

- ~HbO₂;
- =HbA_{1c};
- ~Hb;
- ~HbF.

}

С целью лечения манифестного гипотиреоза, развившегося в исходе аутоиммунного тиреоидита, показано назначение препаратов ____ в ____ дозе: {

- ~левотироксина; супрессивной;
- ~калия иодида; терапевтической;
- ~калия иодида; профилактической;
- =левотироксина; заместительной.

}

Для лечения тиреотоксического криза противопоказано назначение: {

- ~тионамидных препаратов (пропилтиоурацил или тиамазол);
- ~бета-адреноблокаторов;
- =левотироксина натрия;
- ~глюкорортикоидов.

}

Для лечения тиреотоксического криза противопоказано назначение: {

- ~тионамидных препаратов (пропилтиоурацил или тиамазол);
- ~глюкорортикоидов;
- ~бета-адреноблокаторов;
- =левотироксина натрия.

}

При хронической болезни почек с 3А стадии противопоказан: {

- ~метформин;
- ~ситаглиптин;
- =глибенкламид;
- ~эмпаглифлозин.

}

Препаратом, маскирующим гипогликемию является: {

- =пропранолол;
 - ~индапамид;
 - ~нифедипин;
 - ~амиодарон.
- }**

Для лечения подострого тиреоидита может быть рекомендовано назначение: {

- ~аналогов соматостатина;
 - ~препаратов йода;
 - ~аналогов амилазы;
 - =глюкокортикоидов.
- }**

Правилом проведения пробы на толерантность к глюкозе является: {

- =прием 75 грамм глюкозы, растворенных в воде;
 - ~соблюдение безуглеводной диеты в течение 3 дней;
 - ~отказ от обеда и ужина накануне проведения пробы;
 - ~прием 100 грамм глюкозы, растворенных в воде.
- }**

При ожирении ширина складки в околопупочной области составляет: {

- !1 см;
 - ~2-3 см;
 - =4-5 см;
 - ~менее 1 см.
- }**

Линаглиптин относится к пероральным сахароснижающим препаратам класса: {

- ~!бигуанидов;
 - ~ингибиторов альфа-глюкозидаз;
 - ~ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа;
 - =ингибиторов дипептидилпептидазы-4.
- }**

Больным ожирением рекомендовано принимать пищу_____ раза/раз в сутки: {

- ~3;
 - =5-6;
 - ~1-2;
 - ~4.
- }**

Эксенатид относится к: {

- ~препаратам аналогов инсулина длительного действия;
 - ~классу производных сульфонилмочевины;
 - ~классу ингибиторов ДПП-4;
 - =классу агонистов рецепторов ГПП-1.
- }**

К секретогенам относят сахароснижающие препараты группы: {

- ~глитазонов;
- ~глиптинов;

~бигуанидов;
=глинидов.
}

К побочным эффектам тиреостатиков относится: {

~глюкозурия;
~лейкоцитоз;
~микроальбуминурия;
=агранулоцитоз.
}

Нерациональной является комбинация: {

~метформина и иНГЛТ-2;
~базального инсулина и метформина;
=гликлазида МВ и натеглинида;
~глимепирида и алоглиптина.
}

При выборе индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина следует учитывать: {

~длительность течения сахарного диабета;
~характер сахароснижающей терапии;
~наличие сахарного диабета у родственников;
=возраст пациента.
}

Для предупреждения гипогликемии при короткой (менее одного часа) физической нагрузке рекомендуется: {

~съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов;
~уменьшить дозу инсулина;
=съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов;
~избегать физических нагрузок.
}

К индивидуальным мерам предупреждения развития йододефицитных заболеваний относится: {

~употребление йодированной соли;
~ежедневный прием левотироксина;
~употребление йодированного хлеба;
=ежедневный прием йодида калия.
}

К бигуанидам относится: {

~репаглинид;
~пиоглитазон;
~глибенкламид;
=метформин.
}

К ингибиторам дипептидилпептидазы-4 относится: {

~дапаглифлозин;

~пиоглитазон;
~эмпаглифлозин;
=алоглиптин.
}

К наиболее рациональной комбинации пероральных сахароснижающих препаратов относится сочетание: {

~вилдаглиптина и пиоглитазона;
~глимепирида и ситаглиптина;
~натеглинида и глимепирида;
=метформина и вилдаглиптина.
}

Нежелательным эффектом инсулинотерапии сахарного диабета 2 типа является: {

~прогрессирование печеночной недостаточности;
=прибавка массы тела;
~повышение уровня артериального давления;
~прогрессирование сердечной недостаточности.
}

Сахарный диабет у пациентов с АГ снижает: {

!вероятность удержания на терапии;
~вероятность поражения органов –мишеней;
=вероятность достижения целевых значений АД;
~комплаентность к лечению.
}

Причиной несахарного диабета является _____ гормона: {

~избыток соматотропного;
~избыток антидиуретического;
=дефицит антидиуретического;
~дефицит соматотропного.
}

К препаратам первого ряда в лечении больных сахарным диабетом 2 типа относится: {

~пиоглитазон;
~глимепирид;
~глибенкламид;
=метформин.
}

Больной 56 лет страдает инсулиннезависимым сахарным диабетом. Диабет компенсирован диетой и приемом глюкоренорма. Больному предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии? {

~отмена глюкоренорма;
=назначение многокомпонентных препаратов инсулина;
~добавление преднизолона;
~назначение манинила.

}

Какие симптомы характерны для неосложненного сахарного диабета первого типа? {

- ~олигурия;
- ~%50%плохое заживление ран;
- ~сильные боли в области сердца;
- ~%50%полидипсия.

}

Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название: {

- ~артериосклероз Менкеберга;
- ~синдром Мориака;
- ~синдром Сомоджи;
- =синдром Киммелстила-Уилсона .

}

Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является: {

- ~йодопоглотительная функция щитовидной железы;
- ~показатели основ-ного обмена;
- ~белковосвязанный йод;
- =уровень трийодтиронина и тироксина в крови.

}

Какое лечение следует назначить пожилому больному с тяжелым гипотиреозом? {

- ~направить в санаторий на бальнеологическое лечение;
- =начать лечение эль-тироксином с малых доз;
- ~начать лечение с больших доз эль-тироксина под прикрытием глюкокортикоидов ;
- ~назначить мочегонные.

}

Ошибочное назначение эль-тироксина (без показаний) прежде всего вызывает: {

- =тиреотоксикоз;
- ~брадикардию;
- ~бесплодие;
- ~электролитные сдвиги.

}

Холодный узел в щитовидной железе-это: {

- ~узел, который в повышенном количестве поглощает радиоактивный изотоп;
- ~узел, который поглощает радиоактивный изотоп так же, как и окружающая ткань;
- ~эктопированная ткань щитовидной железы;
- =узел, который не поглощает изотоп.

}

Абсолютным противопоказанием для применения мерказолила является: {

- =агранулоцитоз;
- ~беременность;
- ~аллергические реакции на йодистые препараты ;

~гиповолемия .

}

При тяжелом гипотирозе в сочетании со стенокардией второго функционального класса надлежит: {

~отказаться от лечения гипотиреоза;

~назначить ТТГ;

=начать лечение с малых доз тироксина;

~начать лечение с больших доз тироксина.

}

При первичном гипотирозе в крови обнаруживается: {

=повышенный уровень ТТГ;

~пониженный уровень ТТГ ;

~нормальный уровень ТТГ;

~ТТГ отсутствует.

}

Больную с диффузным токсическим зобом средней тяжести лечат мерказолилом 10 мг х 3, обзиданом 20 мг х3, фенотиапом по 1 мг 2 раза в сутки. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, но развилась выраженная лейкопения. Причина лейкопении: {

~высокая доза обзидана;

=применение мерказолила ;

~дальнейшее прогрессирование заболевания;

~ни одна из указанных причин.

}

Наличие зоба у значительного числа лиц, живущих в одной области, определяется как: {

~узловой зоб;

=эндемический зоб;

~спорадический зоб;

~струмит де Кервена.

}

У больной после струмэктомии возникли судороги, симптом Хвостека, симптом Труссо. Какое осложнение имеет место? {

~гипотиреоз;

~травма гортанных нервов;

=гипопаратиреоз;

~остаточные явления тиреотоксикоза.

}

Действие сахароснижающих сульфаниламидных препаратов: {

~уменьшение секреции инсулина;

=восстановление чувствительности в-клеток к глюкозе;

~снижение образования НЭЖК и глицерина;

~повышение утилизации глюкозы.

}

Этиологические факторы сахарного диабета I типа: {

- ~ожирение;
- =вирусное поражение в-клеток;
- ~травма поджелудочной железы;
- ~психотравма.

}

Какой из препаратов инсулина имеет наибольшую продолжительность действия? {

- ~актрапид;
- ~семиленте;
- ~инсулин В;
- =ультраленте.

}

Какой из перечисленных сахароснижающих препаратов обладает анорексогенным действием? {

- =метформин;
- ~глибенкламид;
- ~акарбоза;
- ~глюренорм.

}

Инсулин-белковое вещество с молекулярной массой:{

- =6000 ;
- ~20 000;
- ~3000;
- ~8000.

}

Причина развития "стероидного диабета" у больных болезнью Иценко-Кушинга: {

- ~снижение полиолового пути утилизации глюкозы;
- ~активация глюкозы;
- ~стимуляция липолиза;
- =активация глюконеогенеза.

}

Препарат, являющийся стимулятором допаминергических рецепторов, который применяют в лечении эндокринных заболеваний: {

- =бромкриптин;
- ~хлодитан;
- ~дексаметазон;
- ~ориметен.

}

Уровень какого из перечисленных гормонов повышается при первичном некомпенсированном гипотиреозе? {

- ~кортизол;

~инсулин;
=пролактин;
~СТГ.
}

Клинические симптомы, характерные для экзогенно-конституционального ожирения: {

~диспластическое ожирение, нарушение полового развития;
=равномерное распределение жира, гипертензия;
~равномерное распределение жира;
~гиперпигментация кожи.
}

Симптомы, характерные для юношеского диспитуитаризма: {
=ожирение и нарушение полового созревания;
~ожирение, стрии;
~ожирение, дислиппротеинемия;
~гиперпигментация кожи, гипертензия.
}

Наиболее эффективным подходом к предотвращению сахарного диабета 2-го типа является: {

~медикаментозная профилактика;
=контроль массы тела;
~здоровое питание;
~ежедневная физическая нагрузка.
}

Раздел: Паллиативная помощь

Задачи отделения паллиативной помощи: {

~проведение консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями;
=комплексная поддержка умирающих больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки, проведение консультаций;
~решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях;
~проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией .
}

Первый хоспис по инициативе и активном личном участии проф. Виноградовой Е.Н. был открыт _____ году: {

~2000;
~2001;
=2002;
~1999.
}

Лица, осуществляющие уход за пациентом с ВИЧ, должны знать и понимать следующее положение: {

=риск заражения ВИЧ;
~опасность заражения только при бытовых контактах;
~риска заражения нет;

~в процессе ухода не обязательно надевать перчатки, использовать моющие средства
и т.д.
}

Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает: {

=профилактику и раннее их выявление;
~философский подход;
~гигиенические действия;
~превентивные меры.
}

Препарат, применяющийся при сильных болях при онкологии: {

~дезоморфин;
~героин;
=морфин;
~панангин.
}

Паллиативная помощь-это: {

~помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт;
~помощь, обеспечивающая, функциональность и социальную поддержку пациентам;
=помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно;
~помощь, обеспечивающая духовную поддержку пациентам.
}

Как обычно больные попадают в хоспис? {

=по направлению лечащего врача онкодиспансера или районного онколога по месту жительства;
~сами приходят;
~госпитализируются скорой медицинской помощью;
~по рекомендациям знакомых.
}

Какие службы есть у хосписа? {

~выездная (патронажная) служба;
=выездная (патронаж) служба и стационар;
~стационар;
~дневное посещение стационара.
}

Целью паллиативной помощи является облегчение страданий _____ больного: {

=инкурабельного;
~онкологического;
~ВИЧ-инфицированного;
~страдающего злокачественными новообразованиями.
}

Возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождающееся стонами и гримасами часто истолковывают как свидетельство: {

- =физической боли;
- ~постепенного угасания сознания;
- ~душевной боли;
- ~признаков депрессии.

}

Этическим долгом медицинских работников в области паллиативной медицины является: {

- =облегчение страданий больного;
- ~отношение к нему с сочувствием и уважением;
- ~понимание потребности больного;
- ~удовлетворение его социальных потребностей.

}

Целью паллиативной помощи является: {

- ~активная всесторонняя помощь пациентам;
- ~внедрение мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание;
- ~психосоциальная и духовная поддержка пациента;
- =достижение наилучшего качества жизни больных и их семей.

}

Основными физическими проблемами инкурабельного больного и членов его семьи являются: {

- =боль и другие симптомы, раны, питание;
- ~контроль основного заболевания и сопутствующей патологии;
- ~беспокойство, страхи, злость;
- ~потеря, горечь страдания.

}

Активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной это: {

- ~симптоматическое лечение;
- ~активная поддерживающая терапия;
- =паллиативная помощь;
- ~наружная лучевая терапия.

}

Главной целью паллиативной медицинской помощи является: {

- =достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека;
- ~психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников;
- ~удовлетворение духовных потребностей больного и его близких;
- ~решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью.

}

Облегчение страданий при онкологии это: {

- =действие, направленное на уменьшение боли при онкологии;
- ~этический долг медицинских работников;
- ~помощь в гигиенических процедурах;
- ~помощь в кормлении пациента.

}

Пациенты с онкологией испытывают сильную боль на _____ стадии: {

⇒на каждой;

~на 2;

~на 3;

~на 4.

}

Хоспис – это: {

~платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;

~бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;

~платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала;

⇒бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала.

}

Основой успеха паллиативной помощи является: {

⇒длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным;

~профессионализм персонала;

~сила воли пациента;

~обеспеченность требующимися медикаментами.

}

В основании концепции хосписа лежит идея: {

~собрать всех больных в одном месте;

⇒паллиативной помощи;

~изоляции больных от общества;

~помочь родственникам больного.

}

Паллиативное лечение не решает задачу: {

~обеспечить уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов;

~психологической и духовной поддержки больного;

~по поддержанию у больного способности как можно более длительно вести активную жизнь;

⇒по оказанию помощи семье больного во время его болезни.

}

Синонимом слова инкурабельный больной является _____ больной: {

⇒неизлечимый;

~страдающий;

~умирающий;

~онкологический.

}

В последние дни и часы жизни в организме происходит ряд физиологических изменений таких как: {

=прекращение приема пищи и жидкости;
~потребность поворачиваться;
~возникновение целого спектра эмоций и страхов;
~отсутствие боли.
}

Изменения, связанные с процессом умирания, обусловлены рядом одновременно происходящих необратимых _____ процессов: {

=Неврологических;
~психологических;
~физических;
~социальных.
}

Основная помощь больному состоитв: {

=постоянном общении;
~понимании потребности больного;
~отношении к нему с сочувствием и уважением;
~удовлетворении его психических, социальных и духовных потребностей.
}

К жизнеподдерживающему лечению относятся: {

=искусственная вентиляция легких, экстракорпоральный диализ с помощью аппарата «искусственная почка», искусственное питание;
~купирование тягостных симптомов;
~обезболивание;
~психологическая поддержка.
}

Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает: {

=профилактику и ранее их выявление;
~философский подход;
~гигиенические действия;
~превентивные меры.
}

Раздел: ОСК

Сердечно-легочную реанимацию следует начинать при потере сознания и: {

~наличии пульса и патологического дыхания;
~наличии пульса и дыхания;
~отсутствии пульса;
=отсутствии пульса и дыхания.
}

Ручной массаж сердца выполняется у взрослого человека с частотой ____ нажатий в 1 минуту: {

~20-30;
~30-40;
~60-70;
=100-120.

}

Если реанимационную помощь оказывают два человека, то искусственная вентиляция легких и массаж сердца выполняется с очередностью ____ и 30 нажатий на грудную клетку: {

~4-5 выдохов;

~2 выдоха;

=1 выдох;

~3 выдоха.

}

Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствует: {

=сужение зрачков;

~наличие пульса на лучевой артерии;

~уменьшение цианоза кожи ;

~появление самостоятельного дыхания.

}

Правильность проводимого наружного массажа сердца определяется: {

~появлением судорог;

=появлением пульса на сонной артерии;

~появлением красноты кожных покровов;

~появлением холодного пота.

}

При неэффективной легочной вентиляции следует: {

=запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжить реанимационные мероприятия;

~опустить головной конец;

~приподнять головной конец;

~позвать другого реаниматора.

}

При проведении наружного массажа сердца у взрослых ладони следует расположить: {

~на границе верхней и средней трети грудины;

=на границе средней и нижней трети грудины;

~на верхней трети грудины;

~на нижней трети грудины.

}

Ручной массаж сердца выполняется у взрослого человека с частотой ____ нажатий в 1 минуту: {

~20-30;

~30-40;

~60-70;

=100-120.

}

Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствует: {

=сужение зрачков;

- ~наличие пульса на лучевой артерии;
- ~уменьшение цианоза кожи;
- ~появление самостоятельного дыхания.

}

У больных с кардиогенным шоком, как правило, отмечается некроз миокарда, массой не менее, чем: {

- ~20% миокарда;
- =40% миокарда;
- ~60% миокарда;
- ~90% миокарда.

}

При окклюзии правой коронарной артерии: {

- ~никогда не бывает кардиогенного шока;
- =примерно у 25% больных отмечается сопутствующий инфаркт правого желудочка;
- ~инфаркт правого желудочка наблюдается крайне редко;
- ~никогда не бывает АВ-блокады.

}

Причиной острой тампонады сердца может быть: {

- ~выпот в перикард при злокачественных опухолях;
- ~уремия;
- =разрыв левого желудочка.

}

Контроль лечения больных с кардиогенным шоком наиболее эффективно обеспечивается: {

- ~физикальным обследованием;
- ~эхокардиографией;
- =исследованием гемодинамики с помощью катетеров Свана-Ганса;
- ~электрокардиографией.

}

Самый ранний симптом отека легких: {

- =тахипноэ;
- ~страх;
- ~потливость;
- ~кашель с жидкой мокротой.

}

Расширение сосудов легких в верхних отделах при рентгенологическом исследовании отмечается, когда заклинивающее давление в легочной артерии превышает: {

- ~10 мм. рт. ст.;
- =20 мм. рт. ст.;
- ~30 мм. рт. ст.;
- ~40 мм. рт. ст.

}

Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: {

- ~3-4 мин при гипертермии;
- =3-4 мин при нормотермии;
- ~5-6 мин при нормотермии.

.
}

Анафилактический шок это: {

- =генерализованная аллергическая реакция немедленного типа;
- ~острая системная реакция на первичный контакт с антигеном;
- ~проявление хронического вирусного заболевания;
- ~эквивалент гипофункции контррегуляторных систем организма.

}

Причиной развития анафилактического шока может быть: {

- =прием аспирина;
- ~тепловой удар;
- ~употребление минеральной воды;
- ~стрессовые состояния.

}

Причиной развития анафилактического шока может быть: {

- ~употребление термальной воды;
- ~солнечный удар;
- =парентеральное введение противостолбнячной сыворотки;
- ~закрытая черепно-мозговая травма.

}

В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет: {

- ~либераторы гистамина;
- =наличие IgE;
- ~наличие IgA;
- ~гипофункция реснитчатого эпителия.

}

Для иммунологической стадии анафилактического шока характерно: {

- =формирование сенсibilизации организма;
- ~опсонизация цитолитической активности К- и NK-клеток;
- ~дегрануляция тучных клеток и базофилов;
- ~катаболизм собственных белков.

}

Для клинической картины анафилактического шока нехарактерен период: {

- ~предвестников;
- ~бронхоспазма;
- =период гиперемии;
- ~выхода из шока.

}

Период предвестников при анафилактическом шоке развивается через: {

- ~10 минут после действия аллергена;

=3-30 минут после действия аллергена;
~3 часа после действия аллергена;
~5 часов после действия аллергена.
}

Первая помощь при анафилактическом шоке включает в себя введение: {
=адреналина ;
~преднизолона;
~мезатона;
~дексаметазона.
}

Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций: {
=формирует немедленные аллергические реакции;
~участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций;
~участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа;
~участвует в цитотоксических иммунных реакциях.
}

Причиной развития анафилактического шока может быть: {
~укус собаки;
~тепловой шок;
~употребление соли;
=использование предметов из латекса.
}

Для патохимической стадии анафилактического шока характерно: {
=взаимодействие аллергена с двумя фиксированными на рецепторах лаброцитов или базофильных гранулоцитов молекулами иммуноглобулина Е;
~взаимодействие аллергена с двумя фиксированными на рецепторах лаброцитов или базофильных гранулоцитов молекулами иммуноглобулина М;
~формирование сенсибилизации организма;
~патогенное действие медиаторов на клетки.
}

При отсутствии эффекта проводимой терапии при отеке гортани показана: {
искусственная вентиляция легких;
!инъекции пенициллина;
~трахеостомия;
!введение супрастина.
}

Неотложная помощь при анафилактическом шоке включает в себя: {
=наложение венозного жгута на конечность выше места введения аллергена;
~ИВЛ;
~непрямой массаж сердца.
}

Если анафилактический шок вызван инъекцией пенициллина, необходимо ввести: {
~дексаметазон;

~преднизолон;
=пенициллиназу;
~супрастин.
}

Минимальная продолжительность периода активной сенсibilизации у человека составляет: {

~24 часа;
~4 дня;
=7–8 дней;
~30–50 дней.
}

Исход реанимации является наиболее благоприятным при: {

=первичной остановке кровообращения;
~первичной остановке дыхания;
~первичном поражении центральной нервной системы;
~первичном поражении нейроэндокринной сферы.
}

Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является: {
=одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца;

~вдыхание паров нашатырного спирта;
~проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ);
~проведение закрытого массажа сердца.
}

Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить: {

=всей ладонной поверхностью;
~проксимальной частью ладони;
~тремя пальцами;
~одним пальцем.
}

Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним врачом: {

=на 2 вдоха – 12-15 компрессий;
~на 1 вдох – 2 компрессии;
~на 2 вдоха – 4 компрессии;
~на 3 вдоха – 6 компрессий.
}

Противопоказанием к проведению закрытого массажа сердца является: {

=травма, не совместимые с жизнью;
~отсутствие пульса на сонной артерии;
~отсутствие дыхания;
~проникающее ранение грудной клетки.
}

Критерием правильности проведения закрытого массажа сердца является: {

=появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца;
~отсутствие пульсовой волны на сонной артерии;
~отсутствие дыхания;
~появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии.
}

Необходимое условие для проведения закрытого массажа сердца: {

=положение больного на жесткой поверхности;
~запрокинутое положение головы;
~наличие валика под плечами;
~положение больного ниже колен реаниматоров .
}

Критерием для начала реанимационных мероприятий является: {

=отсутствие сознания;
~появление цианоза;
~отсутствие дыхания;
~отсутствие пульса на периферических артериях.
}

При введении воздуховода требуется: {

=запрокидывание головы;
~сгибание головы;
~поворот головы на левый бок;
~поворот головы на правый бок.
}

Реанимацию обязаны проводить: {

=все взрослое население;
~только врачи медсестры реанимационных отделений;
~все специалисты, имеющие медицинское образование;
~медицинские работники скорой медицинской помощи.
}

При остановке сердца необходимо использовать заряд дефибриллятора: {

=150 Дж;
~220 Дж;
~300 Дж;
~400 Дж.
}

**Общемедицинская профилактика шока включает в себя указание
непереносимых лекарственных препаратов: {**

~в выписном эпикризе;
=на титульном листе истории болезни или амбулаторной карты красными чернилами;
~в паспорте;
~в водительском удостоверении.
}

**Общемедицинская профилактика шока включает в себя наблюдение за
пациентами после инъекции не менее _____ минут: {**

~15;
~20;
=30;
~10.
}

Причиной развития анафилактического шока может быть: {

~солнечный удар;
~закрытая черепно-мозговая травма;
=парентеральное введение противостолбнячной сыворотки;
~употребление термальной воды.
}

В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет: {

~гипофункция реснитчатого эпителия;
=наличие IgE;
~наличие IgA;
~либератор гистамина.

Контрольные вопросы для итоговой аттестации

1. Гипертонические кризы: классификация, лечение.
2. Гипергликемическая кома. Диагностика, неотложная помощь.
3. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии.
4. ХОБЛ, диагностика и лечение в стадии обострения.
5. Клиническая картина различных стадий ГБ.
6. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
7. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости при инфаркте миокарда.
8. Классификация пневмоний.
9. Пароксизмальные тахикардии. Диагностика, купирование приступов.
10. Холецистит. Диагностика, лечение.
11. Кардиомиопатия. Классификация, диагностика, лечение.
12. Анемии. Классификация, диагностика, лечение.
13. Экстрасистолия. Классификация, лечение.
14. Гломерулонефриты. Классификация, диагностика, лечение.
15. Фибрилляция предсердий. Диагностика, лечение.
16. Синдром приобретенного иммунодефицита.
17. Клинические формы стенокардии, критерии диагноза, тактика лечения.
18. Астматическое состояние. Диагностика, лечение.
19. Диагностика, диф. диагностика митральных пороков сердца.
20. Анафилактический шок. Клиника, диагностика, неотложная терапия.
21. Атриовентрикулярные блокады, критерии диагноза, тактика врача.
22. Внебольничные пневмонии. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение на дому. Диспансерное наблюдение.
23. Дистрофия миокарда, классификация, диагностика, лечение.
24. Острые аллергические реакции. Крапивница. Отек Квинке. Диагностика, неотложная помощь.
25. Аортальные пороки сердца.
26. Метаболический синдром X. определение понятия, диагностика, клиническое значение.
27. Миокардиты. Классификация, диагностика, лечение.
28. Лечение дыхательной недостаточности при заболеваниях легких.

29. Синдром вегетативной дисфункции (НЦД). Вегетативные кризы, диагностика, лечение.
30. Нефротический синдром. Диагностика, лечение.
31. Тромбоз легочной артерии. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
32. Диагностика, диф. диагностика заболеваний щитовидной железы.
34. Острая сердечная недостаточность, клинические формы. Диагностика, лечение.
35. Синдром раздраженного кишечника.
36. Симптоматические гипертензии. Классификация, диагностика, диф. диагностика.
37. Плевриты, классификация, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.
38. Стратификация риска ССО у больных АГ. Диспансерное наблюдение.
39. Хронический холецистит. Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
40. Поликлинический этап реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.
42. Хронические гепатиты. Классификация, лечение.
43. Принципы диспансеризации больных стенокардией.
44. Гастриты. Классификация. Роль хеликобактер пилори.
45. Хроническое легочное сердце. Диагностика, лечение.
46. Циррозы печени. Клиника, диагностика, лечение.
47. Лечение инфаркта миокарда.
48. Ревматоидный артрит. Принципы и методы терапии ревматоидного артрита, диспансеризация.
49. Изменение ЭКГ при инфаркте миокарда в зависимости от локализации, стадии болезни.
50. Остеоартрозы. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.
51. Инфаркт миокарда. Варианты клинического течения.
52. Системные заболевания соединительной ткани. Классификация, диф. диагностика.
53. Понятие «острый коронарный синдром». Диагностика, диф. диагностика. Варианты. Алгоритм оказания неотложной помощи на дому.
54. Подагра. Диагностика, диф. диагноз, лечение.
55. Клинические формы нестабильной стенокардии. Критерии диагноза.
56. Диагностика и лечение бронхиальной астмы в амбулаторных условиях.
57. ТЭЛА, диагностика. Неотложная помощь.
58. Хроническая болезнь почек. Методы диагностики и лечения.
59. Хроническая сердечная недостаточность. Классификация, клиника и диагностика, лечение.
60. Хронический панкреатит. Диагностика, лечение.
61. Ревматизм. Диагностика, диф. диагностика. Диспансерное наблюдение.
62. Аспирационная пневмония. Факторы риска, этиология, диагностика, лечение.
63. Пиелонефриты. Клиника, классификация, лечение.
64. Перикардиты. Этиология, классификация, диагностика, клиника, лечение.
65. Ожирение. Классификация, лечение.
66. Бронхиальная астма. Классификация.

Фонд ситуационных задач для итоговой аттестации

Ситуационная задача 1

Пациент Н. 65 лет, доставлен в кардиологическое отделение.

Жалобы: на приступ сердцебиения, внезапно возникающий и сопровождающийся резкой слабостью и одышкой.

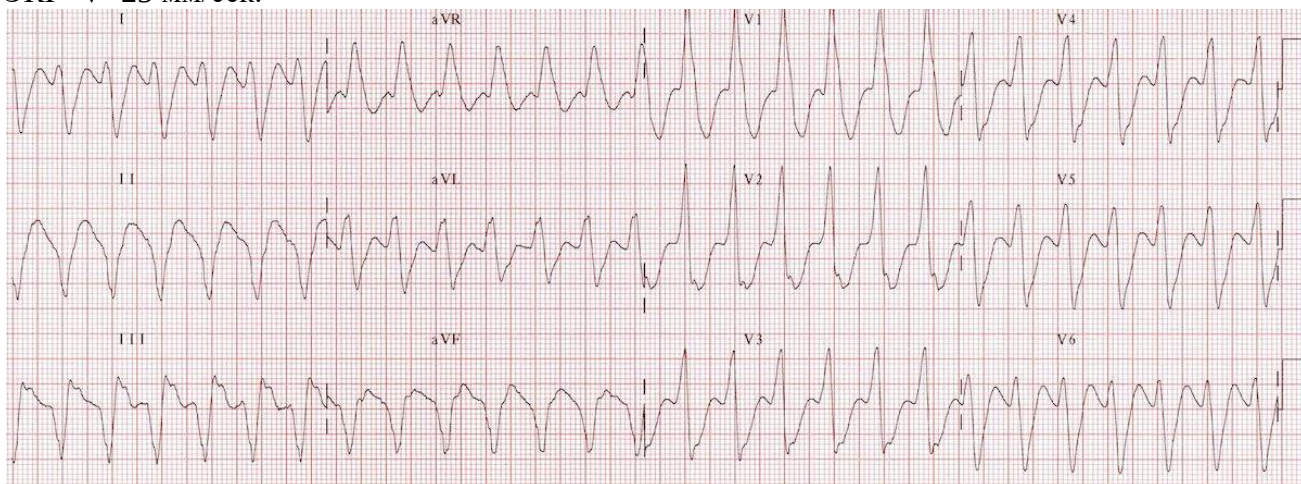
Anamnesis morbi: Два года назад перенес инфаркт миокарда. В постинфарктном периоде отмечал эпизодические перебои в работе сердца, одышку при быстрой ходьбе и при подъеме на

лестницу и загрудинные боли, которые вынуждали его останавливаться. По рекомендации врача регулярно принимал бисопролол, розувастатин, АСК и клопидогрел, при загрудинных болях прибегал к приему нитроглицерина.

Anamnesis vitae. Рос и развивался нормально. Туберкулез и венерические заболевания отрицает у себя и у родственников. Аллергический анамнез не отягощен. Курил до 50 лет по 1 пачке в день.

Объективно: общее состояние больного тяжелое. В сознании, кожные покровы бледные, избыточно увлажнены. В легких ниже угла лопатки с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в одну минуту. Границы сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 150 в 1 мин. Пульс пониженного наполнения и напряжения, ритмичный 150 в 1 мин. АД 86/62 мм.рт. ст. Живот мягкий и безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Поколачивание в области поясницы безболезненно. После начала приступа сердцебиения не мочился.

ЭКГ V=25 мм/сек.



1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного исследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план неотложных мероприятий
5. Составьте и обоснуйте план дальнейшего лечения после купирования приступа.

Ситуационная задача 2

Пациент М. 75 лет поступил в кардиологическое отделение.

Жалобы на головокружение и кратковременные обмороки, появляющиеся при физических усилиях.

Anamnesis morbi: 10 лет назад перенес ИМ. В последующие годы отмечал кратковременные загрудинные боли и слабость. По назначению врача принимал бисопролол, триметазидин, АСК, ситуационно нитроглицерин. Однако, не смотря на эти меры, эпизоды слабости и обмороков участились, в последнее время заметил значительное урежение пульса.

Anamnesis vitae. Рос и развивался нормально. Туберкулез и венерические заболевания отрицает у себя и у родственников. Аллергический анамнез не отягощен. Курил до 50 лет по 1 пачке в день.

Объективно: общее состояние средней тяжести. В сознании, активен в постели. Кожные покровы нормальной окраски. Над легочными полями дыхания везикулярное. ЧДД 20 в 1 мин. Пульс, на лучевой артерии, редкий: 38 в одну минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Пульс на сонных и височных артериях пальпируется хорошо. АД - 150/60 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Верхушечный толчок в пятом межреберье по средней ключичной линии слева. Звучность сердечных тонов меняющаяся, эпизодически выслушиваются громкие тоны у верхушки. Тоны ритмичные с частотой 38 в 1 мин. Над аортой выслушиваются систолический шум мягкого тембра и

небольшой интенсивности и продолжительности. Второй тон на аорте сохранен. Живот мягкий и безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон.

ЭКГ V=25 мм/сек.



- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
- 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4.Назначьте и обоснуйте симптоматическое лечение пациента.
- 5.Составьте план дальнейшего лечения пациента.

Ситуационная задача 3

Пациентка 40 лет, юрист, поступила в терапевтическое отделение.

Жалобы: на ноющие боли в поясничной области, повышение температуры тела до $37,2^{\circ} - 38^{\circ}$, иногда с ознобами, учащенное мочеиспускание.

Anamnesis morbi: На протяжении 10 лет с периодичностью 1 раз в год отмечает выше указанные жалобы. Обследовалась и неоднократно лечилась в поликлинике. Последнее обострение заболевания отмечает после переохлаждения.

Объективно: бледность кожных покровов. В легких везикулярное дыхание. ЧДД - 20 в 1 мин. Граница относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 94 в 1 мин., полный, мягкий, не ускорен. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

ОАК: Эр. – $4,9 \times 10^{12}$ г/л; Hb - 125 г/л; Цв. п. – 0,95, Л – $9,3 \times 10^9$ г/л, п. - 1 %, с. - 76 %, л. - 20 %, м. - 3%, СОЭ - 42мм/час.

ОАМ: цвет - соломен.-желт.; отн.пл. - 1,008; белок - 0,99 г/л; Л - 25-30 в п/зр; Эр. - 1-2 в п/зр.; един, гиалиновые цилиндры, бактерии в умеренном кол-ве.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибактериальных препаратов являются препаратами выбора для лечения данного пациента? Обоснуйте.
5. Назначьте мероприятия по профилактике рецидивов заболевания у данной больной и дальнейшую тактику ведения пациента после клинической ремиссии.

Ситуационная задача 4

Пациент 30 лет, инженер завода, доставлен в тер. отделение.

Жалобы на слабость, отеки на лице, боли в поясничной области, изменение цвета мочи, головные боли.

Anamnesis morbi. Около 3-х дней назад появились вышеуказанные жалобы.

Anamnesis vitae. За 2 недели до появления выше изложенных жалоб перенес лакунарную ангину.

Объективно: адинамичен, кожные покровы бледные. Лицо одутловатое, зев гиперемирован. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 85 уд.мин. АД - 170/100 мм рт.ст., Т - 37,6°. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9- 8 -7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого (+) с обеих сторон.

ОАК: Эр.-3,5x10¹²; Нб-23 г/л; Л-9,5x10⁹; п.-1%; с.-70%; л.-20%; м.-9%; СОЭ- 30 мм/час.

ОАМ: отн. пл. - 1018, цвет розовый, белок – 0,8 г/л, Л - 5 - 6 в п/зр., эр. - сплошь в поле зрения. Цилиндры - гиалиновые, зернистые.

БАК: мочевины 6,5 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л.

УЗИ почек: почки с ровными контурами, увеличены D = S, повышение эхогенности паренхимы почек, визуализируются расширенные гипоэхогенные пирамидки на фоне общего повышения эхогенности паренхимы.

Вопросы.

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4.Какое лечение вы рекомендовали бы данному пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Прогноз при этом заболевании?

Ситуационная задача 5

Пациентка Н., 37 лет, учитель поступила в тер. отделение.

Жалобы на слабость, быструю утомляемость, потливость, ощущение жара, раздражительность, плаксивость, бессонницу, дрожание конечностей, постоянное учащенное сердцебиение, частый неустойчивый стул, слезотечение, ощущение «соринки» в глазу, дискомфорт при глотании, похудание на 10 кг за последний год.

Anamnesis morbi. Считает себя больной около двух лет. Обращалась к невропатологу, получала седативную терапию по поводу неврастении, но заметного эффекта не отмечала.

Anamnesis vitae. Из перенесенных заболеваний, отмечает корь, ангины в детстве.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожа теплая, влажная. Умеренный экзофтальм, блеск глаз, положительный симптом Грефе, тремор вытянутых пальцев. Щитовидная железа диффузно увеличена, при пальпации мягкая, подвижная. Пульс 116 в 1 мин., ритмичный, АД - 145/60 мм рт. ст. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца звучные, первый тон на верхушке усилен, систолический шум над всей прекардиальной областью. Со стороны других органов и систем без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
- 3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4.Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 6

Пациент Б., 25 лет, художник, поступил в тер. отделение.

Жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 2-3 часа после еды, ночные боли, рвоту кислым желудочным содержимым на высоте боли, приносящую облегчение.

Anamnesis morbi. Болен в течение 2 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обострение заболевания отмечает в осенний период без видимых причин. Лечился амбулаторно. После лечения отмечал улучшение самочувствия. Последнее обострение заболевания отмечает в течение недели принимал омепразол, алмагель А, но эффекта не было, в связи с чем был направлен на стационарное лечение.

Anamnesis vitae. Отец больного страдает язвенной болезнью.

Объективно: больной астенизирован. Кожные покровы телесного цвета, влажные, особенно на животе; видимые слизистые розовые. Подкожный жировой слой развит слабо. Тurgор кожи сохранен. Выражен красный дермографизм. Периферические л/узлы не увеличены, безболезненные. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание везикулярное. ЧДД -18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС-80 уд.в мин. Аппетит сохранен. Язык умеренно влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка без особенностей. С-м Пастернацкого отрицательный. Стул со склонностью к запорам.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз. Укажите диф.диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента для подтверждения диагноза.
4. Какие группы препаратов первой линии рекомендованы для лечения данного пациента? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Какова ваша дальнейшая лечебная тактика после выписки из стационара пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 7

Пациент С., 55 лет, конструктор, поступил в тер. отделение.

Жалобы на лихорадку до 39,5°C, повышенную потливость, ознобы, одышку и головокружения при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 мес.

Anamnesis morbi. Считает себя больным около 2-х месяцев, когда вскоре после экстракции зуба, появились субфебрилитет, повышенная потливость, миалгии, артралгии. Принимал антибиотики, однако вышеуказанная симптоматика прогрессировала, в связи с чем, был госпитализирован.

Anamnesis vitae. Злоупотребляет алкоголем, 30 лет курит по 1 пачке в день.

Объективно: состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. t-39,5°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких перкуторно - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах, аускультативно- влажные хрипы в нижних отделах с двух сторон. ЧДД - 24 в минуту. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона у верхушки сердца, там же систолический шум, ослабление II тона во втором межреберье справа от грудины там же и в точке Боткина-Эрба мягкий дующий протодиастолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный. ЧСС - 115 уд/мин. АД 130/40 мм рт.ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная.

ОАК: Hb-85 г/л; Л- 22x10⁹/л; П-8 %; С-78%; Э-1%; Л-8%; М-5%; СОЭ-38 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибактериальных препаратов показаны пациенту? Обоснуйте.
5. Какова тактика ведения больного после достижения полной клинической ремиссии?

Ситуационная задача 8

Пациентка Т., 35 лет, ковровщица, доставлена в тер. отделение.

Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, чаще в ночное время сопровождающиеся кашлем с выделением трудноотделяемой мокроты слизистого характера в небольшом количестве.

Anamnesis morbi. Считает себя больной в течение последних двух месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

Anamnesis vitae. Часто болела пневмониями.

Объективно: состояние средней тяжести. Положение вынужденное, сидя с фиксированным плечевым поясом. Выражен диффузный цианоз. Вены шеи набухшие, не пульсируют. Дыхание ритмичное, со свистом. Экспираторная одышка с числом дыханий в минуту - 26. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, подвижность легочного края ограничена. Аускультативно: дыхание жесткое, рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС - 96 в 1 мин. Пульс - 96 в 1 минуту, одинаков на обеих руках, мягкий, пониженного наполнения. АД - 115/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

ОАК: Hb-136 г/л; эр.- $5,3 \times 10^{12}$ г/л; ц.п.-0,8; Л- $5,5 \times 10^9$ г/л; э-15%; п-2%; с-58%; л - 20%; м-5%; СОЭ-5 мм/час.

ФВД: ОФВ₁-72% от должной; ПСВ-370 л/мин (68% от должной).

1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.

2.Укажите диф. диагностический ряд.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

5. Какие мероприятия необходимы для достижения полного контроля течения болезни?

Ситуационная задача 9

Пациент Д., 75 лет, поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, ощущение перебоев в работе сердца, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье, снижение диуреза, утомляемость.

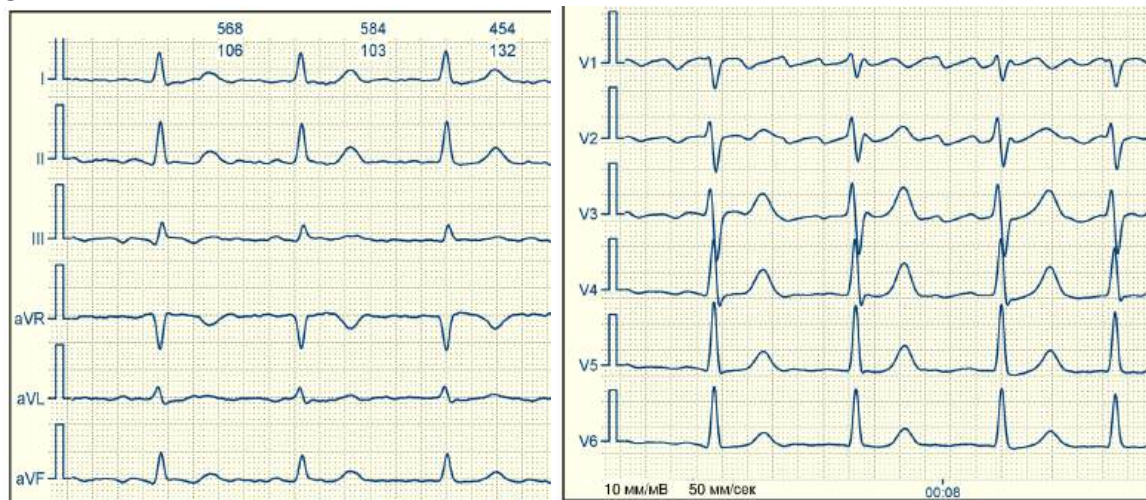
Anamnesis morbi. Ухудшение состояния отмечает в течение 2 месяцев, когда появились перебои в работе сердца, одышка в покое. За неделю до обращения в клинику появилась тяжесть в правом подреберье, отеки стоп и голеней.

Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. Отеки на стопах и голенях. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердце значительно увеличено в размерах. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС – 120 в 1 мин. Пульс аритмичный, слабого наполнения и напряжения, 100 в 1 мин. АД – 110/70 мм рт.ст. Нижний край печени выступает из подреберья на 5 см, слегка болезнен.

ОАК: Hb-120 г/л; Эр.- $5,2 \times 10^{12}$; Л- $6,5 \times 10^9$; п.-6%; с.-54%; л.-36%; м.-4%; СОЭ- 11 мм/час.

БАК: общий белок 68 г/л, холестерин 5,9ммоль/л, глюкоза 5,5 ммоль/л, мочевины 6,5 ммоль/л, креатинин 100 мкмоль/л.

На ЭКГ



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для уточнения диагноза.
4. Какие группы медикаментозных препаратов Вы рекомендовали бы пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось. Влажные хрипы в легких и отеки в нижних конечностях прошли. ЧСС 70 уд. в мин., аритмичный. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 10

Пациент А, 25 лет поступил в терапевтическое отделение.

Жалобы на повышение температуры до 39⁰ С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и при глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Anamnesis morbi. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение парацетомолом и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧДД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. Над легкими усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, свистящие сухие и мелкопузырчатые хрипы на участке площадью 6см² ниже угла правой лопатки. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс- 96 в 1 минуту ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-120/70 мм рт. ст., живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги.

ОАК: Эр.-4,5х10¹²/л; Нб-120г/л; цв.п.-0,9; Л-12,0х10⁹/л; п.-8%; с.-52%; л.-32%; м.-8%; СОЭ-30мм/час.

6. Предположите наиболее верный диагноз. Обоснуйте.
7. Укажите диф. диагностический ряд.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Назначьте антибактериальную терапию. Обоснуйте свой выбор.
10. На фоне проведенной терапии в стационаре состояние больного улучшилось. Т-ра в норме. В легких хрипов нет. ЧДД-18 уд.мин. ОАК: эр.-4,5х10¹²/л; Нб-120г/л; цв.п.-0,9; лейкоциты-6,0х10⁹/л; п.-2%; с.-65%; л.-30%; м.-3%; СОЭ-10мм/час. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Ситуационная задача 11

Пациентка 52 года, инвалид II группы по заболеванию ССС. поступила в кардиологическое отделение.

Жалобы на головную боль в теменной и затылочной областях, головокружение, тошноту, однократную рвоту, боли в левой половине грудной клетки сжимающего и давящего характера.

Anamnesis morbi. Больна 25 лет, когда стали беспокоить головные боли, головокружение и было выявлено повышение АД. Лечилась амбулаторно и стационарно, постоянно принимала гипотензивные препараты различных фармакологических групп, но АД снижается незначительно.

Anamnesis vitae. Наследственность не отягощена.

При осмотре: состояние средней тяжести, заторможена, в контакт вступает с трудом. Кожные покровы бледные, сухие, ригидность мышц затылка. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево, тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над аортой, мягкий систолический шум в точке Боткина и на верхушке. ЧСС 72 в 1 мин., АД 220/120 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, выслушивается систолический шум в околопупочной области. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

Вопросы:

6. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте.
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
8. Укажите ожидаемые результаты параклинических исследований?
9. В консультациях каких специалистов нуждается пациент?
10. Ожидаемые заключения специалистов.

Ситуационная задача 12

Пациент 60 лет пришел на прием уч. терапевту.

Жалобы на одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке, слабость.

Anamnesis morbi. Считает себя больным около 2,5 лет, когда повысилась температура тела до фебрильных цифр, возник малопродуктивный кашель, одышка. Лечился стационарно по поводу двусторонней пневмонии, после лечения – t тела стойко нормализовалась, одышка стала менее выраженная. Но при R-графии ОГК сохранялись двусторонние изменения в легочной ткани по типу диссеминации. Спец. процесс фтизиатром был исключен. Больной был выписан под наблюдение специалистов, но пациент пропал из поля зрения врачей, и обратился когда стала прогрессировать одышка при нагрузке.

Объективно: небольшой цианоз, ногти в форме «часовых стекол», пальцы-«барабанные палочки». Аускультативно над легкими грубая крепитация ниже уровня VI-VII ребер с обеих сторон, напоминающая «треск целлофана». ЧДД-18 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ясные, ЧСС- 102 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости без патологии.

Спирография–нарушение вентиляции по рестриктивному типу, ОФВ1в норме, ЖЕЛ – 61% к должной. КТ лёгких - изменения легочной паренхимы по типу матового стекла, групповые кистозно-воздушные пространства, расположенные субплеврально диаметром 5–7 мм.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза? Обоснуйте.
4. Назначьте лечение.
5. Сформулируйте признаки, ассоциированные с увеличением риска смертности при данном заболевании.

Ситуационная задача 13

Пациент 45 лет, строитель, направлен на стац. лечение.

Жалобы на приступообразный, надсадный, кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой, 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.

Anamnesis morbi. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Несколько раз перенес острую пневмонию. Последнее ухудшение самочувствия после перенесенной ОРВИ.

Anamnesis vitae: курит 25 лет.

Объективно: t - 37,3⁰ С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок, экскурсия легких снижена. Голосовое дрожание ослаблено, перкуторно-коробочный звук, аускультативно: в верхних отделах легких жесткое дыхание, над остальными отделами - сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон трескучие хрипы. ЧДД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-90 в мин. АД-120/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей.

1. ОАК: Hb -150 г/л, эр. - $5,0 \times 10^{12}/л$; ЦП. -1,0; тромбоциты- $240 \times 10^9/л$, Л- $10,0 \times 10^9/л$, П. -7%, С.- 53%; Л. -32%, М. - 8%, СОЭ-10 мм/час.
ОФВ1/ФЖЕЛ -0,64; ОФВ1факт/ ОФВ1должн=75%;

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте Ваш диагноз.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Какой комплекс мероприятий необходим для мед. реабилитации больного?

Ситуационная задача 14

Пациентка 41 год, поступила в клинику.

Жалобы на боли и отечность голеностопных, лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставов, скованность по утрам при движениях в этих суставах, во всем теле, общую слабость, недомогание, повышение t тела до субфебрильных цифр на похудание на 10 кг в течение года.

Anamnesis morbi. Болеет в течение года, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Не обращалась за медицинской помощью, лечилась компрессами, мазями, но без эффекта. Самочувствие прогрессивно ухудшалось, в связи с чем, обратилась к терапевту и была госпитализирована для уточнения диагноза и лечения.

Объективно: пониженного питания, отек голеностопных и лучезапястных и проксимальных межфаланговых суставов, гипотрофия мышц предплечья. Болезненность при пальпации и пассивных движениях в суставах.

Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 130/80 мм рт.ст. Ps 92 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

ОАК: Эр- $3,5 \times 10^{12}/л$; Hb-100 г/л; ЦП - 0,8; Л- $5,8 \times 10^9/л$; СОЭ-44 мм/час.

R-графия лучезапястных суставов: диффузный остеопороз, сужение суставных щелей в лучезапястных суставах, больше справа, там же единичные краевые узурации, кисты в эпифизах лучевой кости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты из группы средств, способных длительно воздействовать на патологический процесс («базисной терапии»), Вы рекомендовали бы пациентке?
5. Через 6 месяцев базисной терапии, рекомендованной Вами в прошлом вопросе отмечается клинический эффект. В анализах крови (+) динамика. Какова дальнейшая тактика лечения? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 15

Пациент М., 60 лет, доставлен в стационар.

Жалобы на боль в левой половине грудной клетки, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки.

Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение недели, когда после переохлаждения повысилась t тела, появился озноб, кашель, с мокротой. За медицинской помощью не обращался, лечился народными средствами. В связи с ухудшением самочувствия вызвал скорую помощь.

Anamnesis vitae: не работает, курит более 40 лет до 1,5 пачки в сутки.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Сознание спутанное, адинамичен, t- $40,5^{\circ} C$, диффузный цианоз лица. Над легкими слева над проекцией верхней доли укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация. Над проекцией нижней доли слева и

справа сухие рассеянные хрипы. ЧДД до 36 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 130 в мин; АД- 90/50 мм рт.ст.

Живот мягкий, б/болезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нb-111 г/л; ЦП. - 0,86; Эр.- $3,5 \times 10^{12}$ л; Л- $25,2 \times 10^9$ л, ю-4%; п-12%; с-72%; л-10%; м-4%; СОЭ-60 мм/час.

ЖЕЛ-4,1л (86% от N), ОФВ₁ 2,8 л (69% от N), ОФВ₁/ФЖЕЛ-68%.(данные за год до госпитализации); ЭКГ - электрическая ось сердца отклонена вправо, увеличение амплитуды зубца S в грудных отведениях.

R- графия органов грудной клетки: неоднородная инфильтрация от верхушки до уровня 4 ребра левого легкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите основные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 16

Пациент 48 лет, доставлен в приемное отделение машиной "скорой помощи".

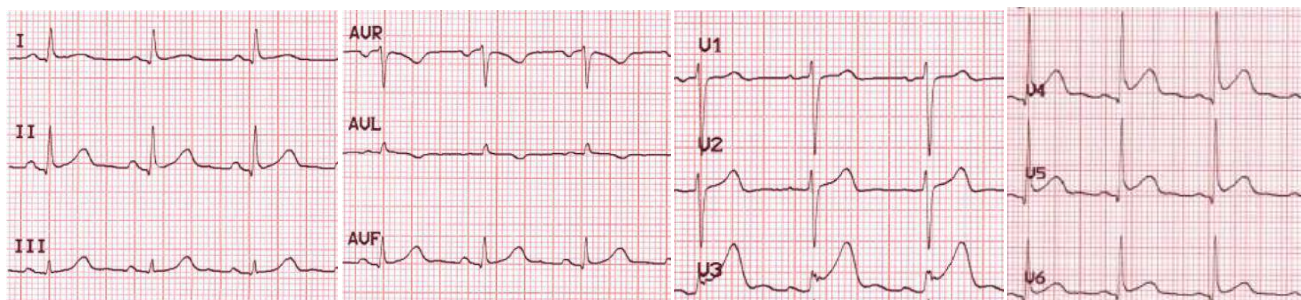
Жалобы на интенсивные боли в эпигастрии, нижней трети грудины, в области сердца, резкую слабость, потливость, недомогание, тошноту, трехкратную рвоту, не приносящую облегчения.

Anamnesis morbi. В течение последних 3-х лет отмечает боли в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке, проходящие самостоятельно. К врачам не обращался, нигде не лечился. Накануне, пилил дрова. Ночью проснулся от болей в эпигастрии и в области сердца, покрылся холодным липким потом, отмечалась рвота. Жена вызвала "скорую помощь". После записи ЭКГ больной доставлен в стационар.

Anamnesis vitae. Курит по 20-25 сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инсульта.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Ps 100 в мин, слабого наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы.

ЭКГ пациента



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лечебные мероприятия необходимо было провести на догоспитальном этапе? Дайте обоснование.

5. В случае, если пациенту была бы назначена ТЛТ и через 90 мин после ее начала отмечено снижение ST на 50% и более от исходного, и состояние больного стабильно, то какова была бы Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 17

Пациентка Ж., 57 лет, поступила в клинику.

Жалобы на боли в коленных, тазобедренных суставах, их тугоподвижность, небольшую отечность коленных и лучезапястных суставов.

Anamnesis morbi. Больной себя считает около 10 лет, когда после наступления менопаузы, стали появляться боли в коленных, а затем и тазобедренных суставах. К врачу не обращалась, лечилась народными средствами (спиртовые компрессы, мази). Наступало кратковременное улучшение, затем боли усиливались. Последнее обострение в течение недели, когда усилились вышеуказанные жалобы.

Объективно: Повышенного питания. Деформация коленных суставов, болезненность при пассивных движениях, при сгибании-тугоподвижность и крепитация. При обследовании тазобедренных суставов отмечается болезненная ротация кнаружи. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Рс 92 уд.в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ОАК: Эр - $4,3 \times 10^{12}$ г/л; Нб - 138 г/л; цп. - 0,9, Л - $4,8 \times 10^9$ г/л, СОЭ- 8 мм/час.

Р-графия коленных суставов: резкое сужение суставной щели, множественные остеофиты, остеопороз, субхондральный склероз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы бы рекомендовали пациенту?
5. Какие немедикаментозные методы лечения Вы рекомендовали бы пациентке на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 18

Пациентка А., 36 лет

Жалобы на сухость во рту, появление отеков на лице, ногах, одышку при физической нагрузке, ухудшение зрения, памяти, головную боль.

Anamnesis morbi. Страдает сахарным диабетом в течение 18 лет. Все время получает инсулинотерапию. Часто нарушает диету, режим питания. Трижды был кетоацидоз, гипогликемия. Месяц назад появилось ощущение «плавающего» предмета в правом глазу. Ухудшилось зрение, участились гипогликемии, снизилась потребность в инсулине, уменьшился диурез.

Anamnesis vitae. В анамнезе корь, частые ангины в детстве, открытый перелом бедра.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на щеках рубец. Лицо одутловатое. Отеки нижних конечностей, мягкие, бледные. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный, напряжен. АД - 190/110 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: левая граница в V межреберье смещена кнаружи на 1,5 см, правая и верхняя в норме. Акцент II тона на аорте. Язык чистый, сухой. Живот при пальпации мягкий, небольшая болезненность при пальпации в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, поверхность ее гладкая, край плотный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

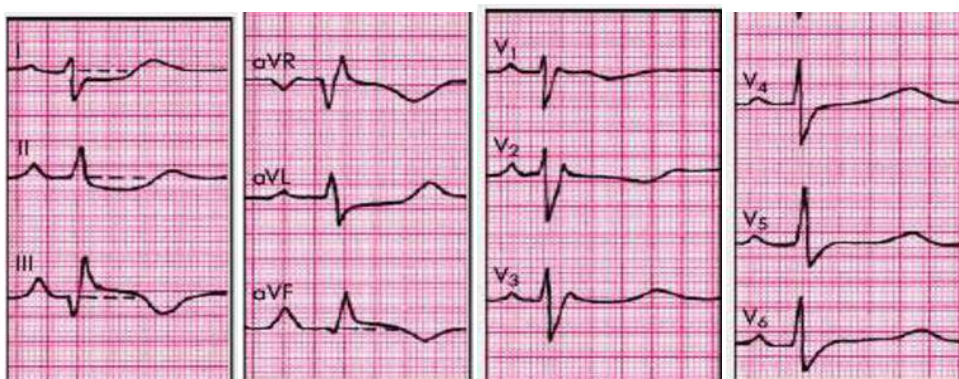
Ситуационная задача 19

Мужчина, 42 лет, доставлен в приемный покой.

Жалобы на внезапно возникшую одышку, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, однократно кровохарканье, выраженную слабость. Ухудшение состояния связывает с физической нагрузкой.

Объективно. При осмотре состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледно-цианотичные. Определяется набухание шейных вен. Аускультативно над заднебазальными сегментами справа дыхание усиленное везикулярное, единичные сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Дыхание поверхностное, ЧДД- 30 в минуту. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Живот безболезненный. Размеры печени не увеличены. Вены нижних конечностей варикозно расширены. Левая голень отечная, при пальпации плотная, болезненная.

На ЭКГ



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. План лечения в стационаре.
5. Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента после выписки из стационара?

Ситуационная задача 20

Пациентка А. 30 лет, поступила в клинику.

Жалобы на общую слабость, сонливость, головокружение, шум в ушах, изменение вкуса (ест сырые крупы, сырой картофель), ломкость ногтей, выпадение волос.

Anamnesis morbi. Считает себя больной в течение года, когда появились выше указанные жалобы. За мед.помощью не обращалась. Значительное ухудшение отмечает в течение последнего месяца.

Anamnesis vitae. Menses регулярные, длительностью до 7 дней, в первые сутки отмечает наличие сгустков, длительность цикла 26 суток.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Ногтевые пластинки пальцев рук имеют поперечную исчерченность. Периферические лимфоузлы не увеличены. Органы дыхания без особенностей. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. PS и ЧСС=96 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Органы брюшной без пат. Изменений.

ОАК: Нб 68 г/л; Эр- $3,8 \times 10^{12}$ г/л; Цв.п.-0,53; ретикулоц.-19%; Тр- $250,0 \times 10^9$ г/л; СОЭ-5 мм/час; Л- $7,6 \times 10^9$ г/л; лейкоц. формула без особенностей. Анизоцитоз, гипохромия эритроцитов. Содержание железа в сыворотке крови - 3,2 мкмоль/л;

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 21

Пациентка Т., 60 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение.

Жалобы на общую резкую слабость, одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, чувство «ползания мурашек» в области голеней, неустойчивую походку, жидкий стул.

Anamnesis morbi: Больной себя считает в течение полугода, когда стали нарастать вышеуказанные жалобы.

Объективно: состояние больной тяжёлое. Сознание заторможено. Кожные покровы желтушные, видимые слизистые и склеры иктеричны. Перкуторно и аускультативно над лёгкими без патологических изменений. ЧДД-18 в мин. Границы сердечной относительной тупости: левая на 0,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. АД 110/70 мм рт. ст. Язык малинового цвета, сосочковый слой сглажен. Живот мягкий, б/безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову 12х13х14 см. Печень б/болезненный при пальпации. Селезёнка ниже рёберной дуги на 1 см, безболезненна.

ОАК: Нб-45 г/л; Эр- $1,5 \times 10^{12}$ г/л; Ретикулоциты-0,1%; Тромб.- 80×10^9 г/л; ЦП. - 1,1; Л- 3×10^9 г/л; Э - 3%; П - 3%; С - 50%; Лимф - 42%; М - 2%; СОЭ - 20 мм/час. Пойкилоцитоз, макроцитоз. Билирубин сыворотки - 32 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 22

Пациент А., 51 год, слесарь.

Жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, одышку, колющие боли, онемение, ползание мурашек в конечностях, ноющие боли в эпигастральной области после еды, чувство жжения в кончике языка.

Anamnesis morbi. Болен в течение года. В начале появились парестезии в конечностях, затем другие вышеописанные жалобы. Во время проф. осмотра в анализе крови выявлены изменения.

Anamnesis vitae. Длительное употребление алкоголя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Лицо одутловатое, бледно-желтушное. Склеры субиктеричны. Кожные покровы чистые, сухие. Лимфоузлы не пальпируются. Отмечается атрофия мышц голеней. Пульсация на артериях стоп не изменена, стопы теплые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечный ритм правильный, тоны приглушены. Пульс – 84 в мин. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Сывороточное железо 17,7 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 23

Пациент Л., 61 год, пенсионер.

Жалобы на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, головокружение, боли в грудной клетке, не купирующиеся нитроглицерином, кашель с отделением скудной гнойной мокроты, отёки на ногах, общую слабость.

Anamnesis morbi. Считает себя больным в течение 2 лет, когда после переохлаждения повысилась t до $37,5^{\circ}\text{C}$, появился кашель с выделением гнойной мокроты, затруднённое «свистящее» дыхание, слабость. Лечился амбулаторно, но чем не помнит. Состояние улучшилось, однако кашель сохранялся. В течение последнего месяца присоединились вышеуказанные жалобы.

Anamnesis vitae: Курит 20 лет, последние 10 лет отмечал кашель по утрам.

Объективно: Над лёгкими по всем полям сухие свистящие, жужжащие хрипы, выдох удлинён. Границы относительно сердечной тупости расширены вправо на 1,0 см. При аускультации сердца определяется акцент II тона над легочной артерией. ЧСС - 110 в мин., АД - 150/80 мм рт.ст. Нижний край печени выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Лодыжки отёчны.

ОАК: Нб-170 г/л; Эр.- $6,2 \times 10^{12}$ /л; Л- $9,1 \times 10^9$ /л, п-2; с-57, л-34; м-6. СОЭ-7 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, S-тип ЭКГ, признаки перегрузки правого предсердия.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 24

Пациентка 51 год доставлена в клинику машиной "скорой" помощи.

Жалобы на интенсивную приступообразную боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правое плечо; на постоянный горький привкус во рту; на чувство распирания в верхней половине живота, его вздутие; чередование запоров и поносов; на рвоту с примесью желчи; на повышение t тела до $37,4^{\circ}\text{C}$.

Anamnesis morbi. Больной себя считает с 42 лет, когда после употребления жирной пищи впервые возникли коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, под правую лопатку, в правое плечо. С тех пор отмечает появление аналогичных приступов при погрешностях в диете. Лечилась нерегулярно, не в полном объёме. Последнее обострение болезни связывает приемом жирной пищи.

Anamnesis vitae. перенесла болезнь Боткина, лямблиоз, фасциолёз.

Объективно: астенического телосложения. $t - 37,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые телесного цвета. Периферические л/узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в 1 мин. Cor - тоны звучные, ритмичные, ЧСС - 88 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный при надавливании в месте проекции желчного пузыря; на вдохе наблюдается резкое усиление болезненности; выявляется болезненность при поколачивании по реберной дуге справа; при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Предложите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какую диету Вы бы порекомендовали пациенту. Обоснуйте свой ответ.
5. Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор

Ситуационная задача 25

Пациентка С., 30 лет, швея направлена в терапевт. стационар.

Жалобы на повышение t до 38^0 С, озноб, боли в поясничной области ноющего характера, частое болезненное мочеиспускание.

Anamnesis morbi. Состояние связывает с переохлаждением.

Anamnesis vitae. Работает в помещении с относительно низкой температурой, сквозняками и повышенной влажностью воздуха.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные. PS 74 в мин. ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого резко положителен с обеих сторон.

ОАК: Эр- 4.8×10^{12} г/л, Нб-126 г/л; Л- $10,3 \times 10^9$ г/л; э.-1%; п.-2 %; с.-66 %; л.-25 %, м.-6 %, СОЭ-45 мм/час. ОАМ: цвет - соломен.-желт., отн. пл. - 1013, белок - 0,2 г/л, Л – сплошь в п/зр, Эр - 1-2 в п/зр., единичные гиалиновые цилиндры, бактерии до 9-10 в поле зрения. Моча по Нечипоренко: Л - 10.200 в 1 мл, Эр - 1.500 в 1 мл, гиалиновые цилиндры - 1-2.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача 26

Пациентка 52 года, повар, доставлена скорой помощью.

Жалобы на режущие боли в правом подреберье после употребления жирной пищи, иррадиирующие в спину (в область X-XI грудных позвонков), усиливающиеся в положении лежа на спине, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, вздутием живота.

Anamnes morbi. Аналогичные симптомы отмечает в течение 7 лет.

Объективно. Состояние больной удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы сухие, язык обложен белым налетом, влажный. Живот слегка вздут, мягкий, болезненный в эпигастриальной области, особенно в точке Дежардена. Положителен симптом Кача. Печень увеличена. При лабораторном исследовании уровень амилазы крови 48 г/ч л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 27

Пациент Б., 40 лет, сапожник, поступил в клинику.

Жалобы на тяжесть в правом подреберье, плохой аппетит, повышение t тела до $37,4^0$ С, кровоточивость десен, вялость, сонливость, общую слабость.

Anamnes morbi. Болен около 10 лет, когда впервые появилась желтуха, общая слабость, снижение аппетита. При обследовании в инфекционной больнице диагностирован острый гепатит. После выписки из больницы оставалась общая слабость, беспокоила тяжесть в правом подреберье и, изредка носовые кровотечения. В последние 2 недели отмечено ухудшение самочувствия, когда появились вышеуказанные жалобы.

Anamnes vitae. Злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сонлив. Апатичен. Из рта печеночный запах. Кожные покровы и слизистые оболочки желтушны. На коже груди, спины, верхних конечностей «сосудистые звездочки». «Печеночные» ладони. Живот несколько вздут, при перкуссии в отлогих частях живота определяется жидкость. Печень выступает из подреберья на 4 см, безболезненная, плотная, бугристая с острым краем. Селезенка выступает на 3 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная.

При сканировании печени с радиоактивным золотом отмечено диффузное снижение поглощения изотопа и неравномерное накопление его в печени, повышенная радиоактивность селезенки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 28

Пациентка Д., 49 лет, парикмахер, поступила в клинику.

Жалобы на головные боли, приступообразного характера, возникающие ежедневно, продолжительностью 2-3 часа, купирующиеся приёмом 2-3 таблеток пенталгина, слабость, жажда, учащенное мочеиспускание.

Anamnesis morbi. Головные боли беспокоят с 19 лет, а в последние 2 года присоединилась слабость, жажда, увеличение диуреза.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие. В лёгких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Сердечный тоны ритмичные, ясные. ЧСС=78 в мин. АД=160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Отёков нет.

ОАК: Нb-98 г/л; эр- $2,98 \times 10^{12}$ г/л; лейко- $5,3 \times 10^9$ г/л; СОЭ=10 мм/ч. Креатинин-176 мкмоль/л; мочевины-12,8 ммоль/л; глюкоза-3,8 ммоль/л.

ОАМ: уд. вес-1004; белок-0,066 г/л; лейкоциты-5-6 в п/зр; эр-3-4 в п/зр.

УЗИ почек: расположены типично, правая- 85/46 мм, левая-88/48 мм. Паренхима 13-14 мм, повышенной эхогенности. ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 29

Пациентка Л., 35 лет, продавец, поступила в клинику.

Жалобы на выраженную слабость, лихорадку до 38 °С, тошноту, отсутствие аппетита, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, кровоточивость десен, редкий сухой кашель, боли в грудной клетке при дыхании, кожный зуд, геморрагические высыпания на лице.

Anamnes morbi. Считает себя больной в течение 4 месяцев. Вначале появилась общая слабость, повышения t тела до 38 °С, а через месяц - желтушность склер, темная моча,

тошнота, снижение аппетита, кровоточивость десен. С подозрением на болезнь Боткина была госпитализирована в инфекционную больницу, где диагноз острого вирусного гепатита не подтвердился. В последние три недели стал беспокоить сухой кашель, боли в суставах и геморрагические высыпания на лице.

Объективно: кожные покровы субэритемные, сухие. На коже лица и груди точечные геморрагические высыпания и яркие "сосудистые звездочки". Отмечается пальмарная эритема. Пальпируются подчелюстные и подмышечные лимфоузлы диаметром до 1 см, безболезненные, неспаивающиеся с кожей. В нижних отделах легких с обеих сторон определяется притупление, здесь же ослабленное везикулярное дыхание. Пульс - 92 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная, поверхность ее гладкая, край заостренный. Селезенка плотноэластической консистенции пальпируется у края реберной дуги.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?

Ситуационная задача 30

Пациент Т, 55 лет, бухгалтер, поступил в клинику.

Жалобы на слабость, быструю утомляемость, головные боли, одышку при умеренной физической нагрузке, периодический кашель по ночам.

Anamnesis morbi: Считает себя больным с 40 лет, когда было обнаружено повышение АД во время проф. осмотра. Систематически принимал диуретик. Уровень АД поддерживал в пределах 150/90-170/100 мм рт. ст. Самочувствие ухудшилось около недели назад, когда без видимых причин появились вышеперечисленные жалобы.

Anamnesis vitae. Повышение АД отмечено у нескольких членов семьи.

Объективно: кожные покровы бледные. Повышенного питания. РС-75 в мин. Левая граница сердца смещена влево на 2 см. Аускультативно I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона над аортой. АД 160/90 мм.рт. ст. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

ОАК: эр. - 5×10^{12} г/л, Hb - 138 г/л; цв.п. - 1,0; тромбоциты - 300×10^9 г/л; Л- $5,0 \times 10^9$ г/л; пал.-1%; сегм.-65%; лимф.-30%; мон.-4%; СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020; белка и сахара нет; лейкоц. - 0-2 в п/зр; эр. - 1-2 в п/зр.; цилиндров нет.

холестерин - 7 ммоль/л; ЛПНП- 4,8 ммоль/л; триглицериды -3,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Укажите диф. диагностический ряд.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Какова будет Ваша тактика на амбулаторном этапе реабилитации?