Таблица 4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа** |
| Ф | A/01.8 |  |
|  |  |  |
| В | 001 | ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ  |
| О | А | Тропонин  |
| О | Б | Креатинин |
| О | В | Аспартатаминотрансфераза |
| О | Г | Щелочная фосфатаза |
|  | A/01.8 |  |
| В | 002 | УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ. |
| О | А | Подъем ST в отведениях II, III, aVF. |
| О | Б | Подъем ST в отведениях I, aVL, V5-V6. |
| О | В | Депрессия ST в отведениях I, aVL, V3-V4. |
| О | Г | Подъем ST в отведениях aVL, V3-V4. |
|  | A/01.8 |  |
| В | 003 | УКАЖИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ПЕРЕДНЕБОКОВОМ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ. |
| О | А | Подъем ST в отведениях I, aVL, V5-V6. |
| О | Б | Подъем ST в отведениях II, III, aVF. |
| О | В | Отрицательный зубец Т в отведениях II, III, aVF. |
| О | Г | Депрессия ST в отведениях II, III, aVF. |
|  | A/01.8 |  |
| В | 004 | ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ |
|  | А | Стресс-эхокардиография |
|  | Б | Мониторирование ЭКГ по Холтеру. |
|  | В | МРТ |
|  | Г | ЭКГ |
|  | A/01.8 |  |
| В | 005 | КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛИПИДОВ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ АТЕРОГЕННЫМИ? |
|  | А | Липопротеиды высокой плотности |
|  | Б | Хиломикроны |
|  | В | Липопротеиды низкой плотности |
|  | Г | Триглицериды |
|  | A/01.8 |  |
| В | 006 | ВЫБЕРИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, НЕ ВОЗНИКАЮЩЕЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ |
|  | А | Синдром Дресслера |
|  | Б | Кардиогенный шок |
|  | В | Тромбоэмболия легочной артерии |
|  | Г | Разрыв миокарда |
|  | A/01.8 |  |
| В | 007 | ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ  |
| О | А | Это любая группа признаков, характеризующих обострение коронарной болезни сердца |
| О | В | Острое воспаление коронарных артерий |
| О | С | Сдавление коронарных артерий извне |
| О | Г | Ранняя постинфарктная стенокардия |
|  |  |  |
| В | 008 | КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭКГ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В МИОКАРДЕ?  |
| О | А | Укорочение интервала PR (PQ) менее 0,12 сек |
| О | Б | Инверсия зубца Т |
| О | В | Желудочковая экстрасистолия |
| О | Г | Атриовентрикулярная блокада ІІ ст. типа Мобитц І (с периодами Самойлова-Венкебаха) |
|  |  |  |
| В | 009 | ДЛЯ МИОКАРДИТА НЕХАРАКТЕРНА |
| О | А | гиперхолестеринемия |
| О | Б | гиперфибриногенемия |
| О | В | повышенная концентрация С-реактивного белка |
| О | Г | повышенная концентрация КФК и ее изофермента – КФК-МВ |
|  |  |  |
| В | 011 | ПРИ СУХОМ ПЕРИКАРДИТЕ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ |
|  | А | шум трения перикарда |
|  | Б | шум трения плевры |
|  | В | крепитация |
|  | Г | усиление тонов |
|  |  |  |
| В | 012 | АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА |
|  | А | ослабление тонов сердца |
|  | Б | усиление первого тона на верхушке сердца |
|  | В | акцент второго тона на аорте |
|  | Г | акцент второго тона на легочной артерии |
|  |  |  |
| В | 013 | ГИПЕРТРОФИЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С УМЕНЬШЕНИЕМ ЕГО ПОЛОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ |
| О | А | гипертрофической |
| О | Б | дилатационной |
| О | В | ишемической |
| О | Г | рестриктивной |
|  |  |  |
| В | 014 | ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | нарушения ритма сердца |
| О | Б | инфаркт миокарда |
| О | В | застойная сердечная недостаточность |
| О | Г | отек легких |
|  |  |  |
| В | 015 | НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НА ЭХОКГ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ |
| О | А | диффузное снижение сократительной способности миокарда |
| О | Б | гипертрофия стенок правого предсердия |
| О | В | гипертрофия межжелудочковой перегородки |
| О | Г | сужение левого атриовентрикулярного отверстия |
|  |  |  |
| В | 016 | ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН |
| О | А | систолический шум относительной митральной недостаточности |
| О | Б | диастолический шум на верхушке |
| О | В | диастолический шум над аортой |
| О | Г | систолический шум над аортой |
|  |  |  |
| В | 018 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ЗАВИСЯТ ОТ |
| О | А | степени обструкции выносящего тракта левого желудочка |
| О | Б | наличия аритмий |
| О | В | выраженности диастолической дисфункции |
| О | Г | наличия ишемии миокарда |
|  | A/01.8 |  |
| В | 019 | ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ГИПОПЛАСТИЧЕСКУЮ АНЕМИЮ МОГУТ БЫТЬ? |
| О | А | Ионизирующее излучение  |
| О | Б | Сероуглерод |
| О | В | Электросварочная аэрозоль |
| О | Г | Мышьяк |
|  | A/01.8 |  |
| В | 020 | К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ОТНОСИТСЯ? |
| О | А | Все перечисленное |
| О | Б | Панцитопения |
| О | В | Спленомегалия |
| О | Г | Гиперплазия костного мозга |
|  | A/01.8 |  |
| В | 021 | ДЛЯ КАКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНЫ МИШЕНЕВИДНЫЕ ЭРИТРОЦИТЫ? |
| О | А | Талассемия |
| О | Б | Наследственный сфероцитоз |
| О | В | Серповидноклеточная анемия |
| О | Г | Железодефицитная анемия |
|  | A/01.8 |  |
| В | 022 | КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ? |
|  | А | Ретикулоцитоз |
|  | Б | Гипертромбоцитоз  |
|  | В | Кровоточивость |
|  | Г | Низкий уровень эритропоэтинов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 023 | ОСТРАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ? |
|  | А | Острая кровопотеря |
|  | Б | Тяжелые ожоги |
|  | В | Септическая стрептококковая или анаэробная инфекция |
|  | Г | Малярия |
|  | A/01.8 |  |
| В | 024 | ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,КРОМЕ? |
| О | А | Увеличение тиреоидных гормонов |
| О | Б | Истощение депо железа |
| О | В |  Хронической кровопотери  |
| О | Г | Нарушение секреции соляной кислоты |
|  | A/01.8 |  |
| В | 025 | ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕНАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ |
| О | А | пищевод |
| О | Б | желудок |
| О | В | 12-перстная кишка |
| О | Г | толстый кишечник |
|  | A/01.8 |  |
| В | 026 | НЕТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | плевральный выпот |
| О | Б | интерстициальная пневмония |
| О | В | синдром мальабсорбции |
| О | Г | синдром Рейно  |
|  | A/01.8 |  |
| В | 027 | ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ |
| О | А | панкардита |
| О | Б | перикардита |
| О | В | миокардиофиброза |
| О | Г | миокардита |
|  | A/01.8 |  |
| В | 028 | ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ |
| О | А | «маскообразности» лица |
| О | Б | капилляритов |
| О | В | эритематозного дерматита на лице |
| О | Г | алопеции |
|  | A/01.8 |  |
| В | 029 | В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИОТСУТСТВУЕТ |
| О | А | кальциноз мяг­ких тканей |
| О | Б | эндокардит Либмана-Сакса |
| О | В | гломерулонефрит |
| О | Г | син­дром Рейно |
|  | A/01.8 |  |
| В | 030 | НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | повышенный титр анти-ДНК антител |
| О | Б | аллопеция |
| О | В | гипер-γ-глобулинемия |
| О | Г | анемия  |
|  | A/01.8 |  |
| В | 031 | ИСТИННЫЕ "LЕ" - КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ |
| О | А | нейтрофильными лейкоцитами, фагоцитировавшими ядра других клеток |
| О | Б | нейтрофилами, фагоцитировавшими лимфоциты |
| О | В | моноцитами, фагоцитировавшими яд­ра других клеток |
| О | Г | гематоксилиновыми тельцами |
|  | A/01.8 |  |
| В | 032 | НЕВЕРНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | назначение глюкокортикостероидов при неэффективности цитостатиков |
| О | Б | наличие тяжелого прогноза при развитии гломерулонефрита |
| О | В | наличие семейно-генетической предрасположенности в развитии заболевания  |
| О | Г | развитие изолированного суставного синдрома в дебюте заболевания  |
|  | A/01.8 |  |
| В | 033 | ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН |
| О | А | артрит |
| О | Б | гломерулонефрит |
| О | В | церебральный васкулит |
| О | Г | коронариит |
|  | A/01.8 |  |
| В | 034 | ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ |
| О | А | «механических» болей в коленных суставах |
| О | Б | «редискообразной» дефигурации концевых фаланг  |
| О | В | энтезопатий |
| О | Г | одностороннего сакроилеита |
|  | A/01.8 |  |
| В | 035 | ДЛЯ РИЗОМЕЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ХАРАКТЕРНО |
| О | А | поражение позвоночника и корневых суставов |
| О | Б | поражение только позвоночника |
| О | В | поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп |
| О | Г | поражение позвоночника и периферических суставов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 036 | НЕХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЯВЛЯЮТСЯ |
| О | А | округлые дефекты костей черепа |
| О | Б | двусторонний сакроилеит |
| О | В | остеофиты пяточных костей и костей таза |
| О | Г | оссификация связок позвоночника |
|  | A/01.8 |  |
| В | 037 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: |
| О | А | ревматизм |
| О | Б | инфекционный эндокардит |
| О | В | атеросклероз |
| О | Г | артериальная гипертензия |
|  | A/01.8 |  |
| В | 038 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 60 ЛЕТ: |
| О | А | атеросклероз |
| О | Б | инфекционный эндокардит |
| О | В | ревматизм. |
| О | Г | синдром Марфана |
|  | A/01.8 |  |
| В | 039 | СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СВЯЗАНЫ: |
| О | А | с неадекватностью коронарного кровообращения |
| О | Б | с нарушениями ритма сердца |
| О | В | с развитием сердечной недостаточности |
| О | Г | с неадекватностью мозгового кровообращения |
|  | A/01.8 |  |
| В | 040 | АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ: |
| О | А | ослабление тонов на основании сердца и систолический шум с проведением на сосуды шеи. |
| О | Б | хлопающий первый тон на верхушке и диастолический шум. |
| О | В | диастолический шум у основания мечевидного отростка. |
| О | Г | ослабление тонов на основании сердца и диастолический шум. |
|  | A/01.8 |  |
| В | 041 | АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: |
| О | А | на основании сердца ослабление тонов и диастолический шум в точке Боткина-Эрба |
| О | Б | на основании сердца ослабление тонов и систолический шум с иррадиацией на сосуды шеи |
| О | В | на верхушке хлопающий I тон и диастолический шум в точке Боткина-Эрба |
| О | Г | у основания мечевидного отростка ослабление тонов и систолический шум |
|  | A/01.8 |  |
| В | 042 | КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА? |
| О | А | хлопающий I тон |
| О | Б | систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на выдохе |
| О | В | акцент и раздвоение II тона над аортой |
| О | Г | систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе |
|  | A/01.8 |  |
| В | 043 | ОСОБЕННОСТИ АД У БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: |
| О | А | повышение систолического АД, снижение диастолического АД |
| О | Б | повышение диастолического АД, снижение систолического АД |
| О | В | АД не изменяется |
| О | Г | повышение систолического и диастолического АД |
|  | A/01.8 |  |
| В | 044 | ДЛЯ ПОЛНОЙ АВ-БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ |
| О | А | Учащение ЧСС при физической нагрузке |
| О | Б | Частота сердечных сокращений 36 в минуту |
| О | В | Правильный ритм |
| О | Г | Повышение систолического артериального давления |
|  | A/01.8 |  |
| В | 045 | КАКАЯ ПРИЧИНА МОЖЕТ ЛЕЖАТЬ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ПРИ ПОЛНОЙ АВ БЛОКАДЕ |
| О | А | Асистолия желудочков |
| О | Б | Артериальная гипертония |
| О | В | Сердечная недостаточность |
| О | Г | Атриовентрикулярная диссоциация |
|  | A/01.8 |  |
| В | 046 | ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ, РАВНОГО 0,23 СЕК. СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО  |
| О | А | АВ блокады I степени |
| О | Б | АВ блокада II степени Мобитц I |
| О | В | Синдром WPW (преждевременного возбуждения желудочков) |
| О | Г | Полной АВ блокады |
|  | A/01.8 |  |
| В | 047 | ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАСТОТА СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ЗАВИСИТ |
| О | А | Рефрактерности АВ-соединения |
| О | Б | Скорости проведения импульса по предсердиям |
| О | В | Состояния синоатрильной проводимости |
| О | Г | Скорости проведения импульса по внутрижелудочковой проводящей системе |
|  | A/01.8 |  |
| В | 048 | ДЛЯ АВ-ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРЕН ЭКГ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ |
| О | А | Никакой связи с редкими зубцами Р и уширенными комплексами QRS |
| О | Б | Неизмененные комплексы QRS |
| О | В | Отсутствие зубца Р на ЭКГ или наличие его перед или после каждого комплекса QRS |
| О | Г | Частота сердечных сокращений превышает более 130 ударов в минуту |
|  | A/01.8 |  |
| В | 049 | У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПАРОКСИЗМ ТАХИКАРДИИ С ЧАСТОТОЙ 170 УДАРОВ В МИНУТУ, КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПАРОКСИЗМ ТАХИКАРДИИ БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН |
| О | А | Суправентрикулярной (наджелудочковой) пароксизмальной тахикардией |
| О | Б | Пароксизмом фибрилляции предсердий  |
| О | В | Синусовой тахикардией |
| О | Г | Пароксизмом желудочковой тахикардии |
|  | A/01.8 |  |
| В | 050 | ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ТАХИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ |
| О | А | Частота сердечных сокращений до 120 ударов в 1 минуту |
| О | Б | Внезапное начало и прекращение  |
| О | В | Комплекс QRS не уширен |
| О | Г | Может быть купирован массажем каротидного синуса |
|  | A/01.8 |  |
| В | 051 | У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, ПАДЕНИЕМ АД. НА ЭКГ ЗУБЕЦ Р ОТСУТСТВУЕТ, QRS УШИРЕН БОЛЕЕ 0,12 СЕК., ДЕФОРМИРОВАН, ЧИСЛО ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ 160 В 1 МИНУТУ. КАКОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА У БОЛЬНОГО  |
| О | А | Пароксизм желудочковой тахикардии |
| О | Б | Пароксизм фибрилляции предсердий  |
| О | В | Трепетание предсердий |
| О | Г | Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия |
|  | A/01.8 |  |
| В | 052 | УКАЖИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ КАРДИОГЕННОГО ШОКА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ |
| О | А | Частый ритм |
| О | Б | Полная АВ-диссоциация  |
| О | В | Болевой синдром |
| О | Г | Этиологический фактор |
|  | A/01.8 |  |
| В | 053 | КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ |
| О | А | Проксимальные межфаланговые суставы |
| О | Б | Дистальные межфаланговые суставы |
| О | В | 1 плюснефаланговый сустав |
| О | Г | Суставы поясничного отдела позвоночника |
|  | A/01.8 |  |
| В | 054 | РЕНГЕНЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА |
| О | А | Остеопороз и эрозии |
| О | Б | Остеофитоз и остеосклероз |
| О | В | Межпозвоночные осефикаты |
| О | Г | Односторонний сакроилеит |
|  | A/01.8 |  |
| В | 055 | КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ |
| О | А | Проксимальные межфаланговые суставы |
| О | Б | Дистальные межфаланговые суставы |
| О | В | 1 плюснефаланговый сустав |
| О | Г | Суставы поясничного отдела позвоночника |
|  | A/01.8 |  |
| В | 056 | К ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ |
| О | А | Антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) |
| О | Б | Антинуклеарный фактор (АНФ) |
| О | В | Антитела к двуспиральной ДНК  |
| О | Г | Антицентромерные антитела (АЦА) |
|  | A/01.8 |  |
| В | 057 | ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ УТВЕРЖДЕНИЯ КРОМЕ |
| О | А | Чаще поражается 1 плюснефаланговый сустав |
| О | Б | Рентгенологически выявляется остеосклероз, остеофиты и сужение суставной щели  |
| О | В | Развитие деформации за счет костных разрастаний |
| О | Г | Наличие болей механического характера |
|  | A/01.8 |  |
| В | 058 | ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО ОСТЕОАРТРОЗОМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ |
| О | А | Узелки Бушара |
| О | Б | Деформация пальцев в виде «шеи лебедя» |
| О | В | Ульнарная девиация |
| О | Г | Покраснение в области суставов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 059 | ПЕРЕЧИСЛИТЕ КРИТЕРИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПОДАГРЫ |
| О | А | Припухание и боль в плюснефалагнговом суставе, подозрение на тофусы |
| О | Б | Узелки Бушара и Гебердена |
| О | В | Симметричный артрит 3-х и более суставов |
| О | Г | Двухсторонний сакроилеит |
|  | A/01.8 |  |
| В | 060 | ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ТОФУСЫ |
| О | А | Отложение в тканях уратов |
| О | Б | Остеофиты |
| О | В | Отложение в тканях холестерина |
| О | Г | Воспаление гранулемы |
|  | A/01.8 |  |
| В | 061 | КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАСКУЛИТОВ ОТНОСЯТСЯ К АНЦА (АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ АНТИГЕНЫ)-АССОЦИИРОВАННЫМ |
| О | А | Микроскопический полиангиит |
| О | Б | Артериит Такаясу |
| О | В | Гигантоклеточный артериит |
| О | Г | Синдром Кавасаки |
|  | A/01.8 |  |
| В | 062 | ДЛЯ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ |
| О | А | Гепатолиенальный |
| О | Б | Суставно-мышечный |
| О | В | Кожный |
| О | Г | Почечный |
|  | A/01.8 |  |
| В | 063 | СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ ПРИМЕНЕНИЕМ |
| О | А | Антибиотиков |
| О | Б | Цитостатиков |
| О | В | Глюкокортикоидов |
| О | Г | Гипотензивных препаратов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 064 |  |
| О | А |  |
| О | Б |  |
| О | В |  |
| О | Г |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В |  065 | ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ КРОМЕ |
|  О |  А | Петехиального типа кровоточивости |
|  О |  Б | Наследственного характера |
|  О |  В  | Удлинения АЧТВ |
|  О |  Г  | Возможной остановки кровотечения на фоне переливания СЗП |
|  | A/01.8 |  |
|  В |  066 | УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГЕМОФИЛИИ |
|  О |  А | Удлинение времени кровотечения |
|  О |  Б | Удлинение времени свертывания крови |
|  О |  В | Снижение протромбинового показателя |
|  О |  Г | Нарушение ретракции кровяного сгустка |
|  | A/01.8 |  |
|  В |  067 | ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ХАРАКТЕРНО |
| О |  А | Ангиоматозный тип кровоточивости, наличие телеангиэктазий |
|  О |  Б | Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости |
|  О |  В | Гематомный тип кровоточивости, дефицит фактора УIII |
|  О |  Г | Смешанный тип кровоточивости, снижение уровня антитромбина III |
|  | A/01.8 |  |
| В | 068 | С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ |
|  О |  А | Геморрагическим васкулитом |
|  О |  Б | Гемофилией |
|  О |  В | Воспалением легких |
|  О |  Г | Бронхоэктатической болезнью |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  069 | УКАЖИТЕ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ |
|  О  |  А | Васкулитно-пурпурный |
|  О |  Б | Гематомный |
|  О |  В | Ангиоматозный |
|  О |  Г | Смешанный |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  070 | ДЛЯ БОЛЕЗНИ ОСЛЕРА-РАНДЮ СПРАВЕДЛИВО |
|  О |  А | Нередки случаи семейного заболевания |
|  О |  Б | При тяжелых формах показана спленэктомия |
|  О |  В | Время кровотечения не изменено |
|  О |  Г | АЧТВ увеличено |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  071 | В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ |
|  О |  А | Цитостатики не применяются |
|  О |  Б | Эффективны глюкокортикоиды |
|  О |  В | Спленэктомия неэффективна |
|  О |  Г | Применяется викамол |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  072 | СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ |
|  О  |  А | уровнем АД |
|  О |  Б | давностью АГ |
|  О |  В | наличием факторов риска |
|  О |  Г | степенью поражения «органов мишеней» |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  073 | ВОЗНИКНОВЕНИЕ АГ ПОСЛЕ 55 ЛЕТ И ВЫСЛУШИВАНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В ОКОЛОПУПОЧНОЙ ОБЛАСТИ УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ |
|  О |  А | реноваскулярной гипертонии |
|  О |  Б | первичного гиперальдостеронизма |
|  О |  В | феохромоцитомы |
|  О |  Г | коарктации аорты |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  074 | КРИТЕРИЯМИ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ АГ К ГРУППЕ РИСКА 3 СТЕПЕНИ НУЖНО СЧИТАТЬ |
|  О |  А | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,есть поражения «органов- мишеней»,нет сердечно-сосудистых заболеваний |
|  О |  Б | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,нет поражения «органов- мишеней»,нет сердечно-сосудистых ассоциированных заболеваний |
|  О |  В | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,есть ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания |
|  О |  Г | 2-3 ст АГ,нет факторов риска,нет поражения «органов-мишеней» |
|  |  |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  075 | ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯБОЛЕЗНЬ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
|  О |  А | гипертрофией левого желудочка |
|  О |  Б | стойким повышением АД выше 160/100 |
|  О |  В | выраженной протеинурией |
|  О |  Г | гипокалиемией |
|  | A/01.8 |  |
|  |  |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  077 | ВАЗОДИЛАТИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ |
|  О  |  А | оксид азота |
|  О |  Б | эндотелин |
|  О |  В | тромбоксан |
|  О |  Г | простогландины F2 |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  078 | НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АГ У БОЛЬНОГО С ПОЛИУРИЕЙ,МЫШЕЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  О |  А | первичный гиперальдостеронизм |
|  О |  Б | гипертоническая болезнь |
|  О |  В | феохромоцитомы |
|  О |  Г | хронический пиелонефрит |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  079 | КРИТЕРИЯМИ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ АГ К ГРУППЕ РИСКА 3 СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  О |  А | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,есть поражения «органов- мишеней»,нет сердечно-сосудистых заболеваний |
|  О |  Б | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,нет поражения «органов- мишеней»,нет сердечно-сосудистых ассоциированных заболеваний |
|  О |  В | 1-2 ст АГ,имеется 1 или более факторов риска,есть ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания |
|  О |  Г | 2-3 ст АГ,нет факторов риска,нет поражения «органов-мишеней» |
|  |  |  |
|  | A/01.8 |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  081 | К ОРГАНАМ-МИШЕНЯМ ПРИ АГ ОТНОСИТСЯ |
|  О |  А | сердце,почки,головной мозг,артерии сетчатки |
|  О |  Б | печень,почки,сердце,артерии сетчатки |
|  О |  В | сердце,сетчатка,скелетная мускулатура,головной мозг |
|  О |  Г | почки,печень,сердце,сетчатка,головной мозг |
|  |  |  |
|  | A/01.8 |  |
|  | A/01.8 |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  084 | ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ГИПЕРТОНИИ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ |
|  О |  А | ишемия внутренних органов ниже места сужения |
|  О |  Б | недостаточность мозгового кровообращения |
|  О |  В | присоединение атеросклероза магистральных артерий |
|  О |  Г | нарушение микроциркуляции в коронарных артериях |
|  |  |  |
|  | A/01.8 |  |
|  В  |  085 | ДЛЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ХАРАКТЕРНА |
|  О |  А | опухоль из хромаффинной ткани мозгового слоя надпочечников |
|  О |  Б | базофильная аденома надпочечников,продуцирующих АКТГ |
|  О |  В | первичный гиперальдостеронизм |
|  О |  Г | гипокалиемия |
|  | A/01.8 |  |
|  В  | 086 | В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ЭРИТРЕМИИ ЛЕЖИТ |
|  О |  А | Пролиферация лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов |
|  О |  Б | Преимущественная пролиферация эритроидных элементов |
|  О |  В | Пролиферация эритроцитов и тромбоцитов |
|  О |  Г | Пролиферация лейкоцитов и эритроцитов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 087 | РЕШАЮЩИМЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ В ДИАГНОЗЕ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ |
| О | А | бластемия |
| О | Б | анемия |
| О | В | Увеличение СОЭ |
| О | Г | выраженный геморрагический синдром |
|  | A/01.8 |  |
| В | 088 | ОСТРЫЙ МИЕЛОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ |
| О | А | наличием цитопенического синдрома, появления бластов в переферической крови, низким содержанием переходных форм |
| О | Б |  наличие гингивитов и некротической ангины |
| О | В |  гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз |
| О | Г | незначительное увеличение селезенки и печени |
|  | A/01.8 |  |
| В | 089 | ДЛЯ КАКОГО ВАРИАНТА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ДВС – СИНДРОМА: |
| О | А | острый промиелоцитарный лейкоз |
| О | Б | острый миелобластный лейкоз |
| О | В | острый монобластный лейкоз |
| О | Г | острый эритромиелоз |
|  |  |  |
| В | 090 | ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА НЕХАРАКТЕРНО  |
| О | А | фуникулярный миелоз |
| О | Б | кожные лейкемиды |
| О | В | гепато – спленомегалия |
| О | Г | неспецифические кожные высыпания |
|  | A/01.8 |  |
| В | 091 | В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ |
| О | А | Все перечисленное |
| О | Б | лучевые |
| О | В | химические |
| О | Г | Хромосомные повреждения |
|  | A/01.8 |  |
| В | 092 | В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ |
| О | А | клональная миелопролиферация с чрезмерным образованием гранулоцитов в костном мозге и экстрамедуллярно |
| О | Б | дефект мембраны гранулоцитов |
| О | В | злокачественная пролиферация эритроцитов, гранулоцитов и мегакариоцитов |
| О | Г | злокачественная пролиферация плазматических клеток одного клона |
|  | A/01.8 |  |
| В | 093 | ПОНЯТИЕ ОПУХОЛЕВАЯ ПРОГРЕССИЯ ЛЕЙКОЗОВ ОЗНАЧАЕТ |
| О | А | все перечисленное |
| О | Б | Более злокачественное течение |
| О | В | Прогрессирование процесса |
| О | Г | Появление новых автономных, более патологических клонов клеток |
|  | A/01.8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В | 094 | У БОЛЬНЫХ С КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ ОТМЕЧАЕТСЯ НЕКРОЗ МИОКАРДА, МАССОЙ НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ: |
| О | А |  40% |
| О | Б | 30% |
| О | В | 50% |
| О | Г | 20% |
|  | A/01.8 |  |
| В | 095 | КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА? |
| О | А | Полиурия |
| О | Б | Артериальная гипотензия |
| О | В | Олигурия |
| О | Г | Бледность кожных покровов |
|  | A/01.8 |  |
| В | 096 | ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО: |
| О | А | Акцент II тона над аортой |
| О | Б | Увеличение печени |
| О | В | Набухание шейных вен |
| О | Г | Акцент II тона над легочной аортой |
|  | A/01.8 |  |
| В | 097 | К ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСЯТСЯ: |
| О | А | Отек легких |
| О | Б | Гепатомегалия |
| О | В | Артериальная гипотензия и снижение кровоснабжения жизненно важных органов |
| О | Г | Периферические отеки |
|  | A/01.8 |  |
| В | 098 | ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: |
| О | А | Перикардита |
| О | Б | Разрыва головки папиллярной мышцы |
| О | В | Разрыва межжелудочковой перегородки |
| О | Г | Разрыва левого желудочка |
|  | A/01.8 |  |
|  | 099 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | Вены нижних конечностей |
| О | Б | Вены верхних конечностей |
| О | В | Правое сердце |
| О | Г | Вены таза |
|  | A/01.8 |  |
| В | 100 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | Одышка, цианоз, тахикардия |
| О | Б | Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия |
| О | В | Цианоз, бронхоспазм, тахикардия |
| О | Г | Кровохарканье, коллапс, одышка |
|  | A/01.8 |  |
| В | 101 | ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | Приступы сердечной астмы |
| О | Б | Слабость |
| О | В | Отеки ног |
| О | Г | Венозный застой в большом круге кровообращения |
|  | A/01.8 |  |
| В | 102 | ОСНОВНЫОЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: |
| О | А | Предсердный натрийуретический пепетид |
| О | Б | Тропонин I |
| О | В | Тропонин Т |
| О | Г | МВ–фракция КФК |

У больного М., 55 лет, с  дилятационной кардиомиопатией, ночью внезапно возник приступ сильного сердцебиения. Во время обследования состояние больного средней тяжести, кожа бледная, акроцианоз губ. АД - 90/60 мм рт.ст. ЭКГ: ЧСС - 160 за мин. Комплексы QRS расширены и деформированные (QRS = 0,12 с). Отмечается диссоциация в деятельности предсердий и желудочков. Какое нарушение сердечного ритма возникло у больного?

 **Ответ: Желудочковая пароксизмальная тахикардия.**

Больной Т., 16 лет, госпитализирован с жалобами на выраженную одышку, сердцебиение, увеличение живота, общую слабость. Из анамнеза жизни: 8 месяцев назад внезапно умер его 17-летний брат. Объективно: значительное отставание в физическом развитии, кожа бледная, при аускультации в легких ниже углов лопаток дыхание отсутствует; тоны сердца ослаблены, выслушиваются систолический шум с эпицентром в точке Боткина, ЧСС - 130 за 1 мин; асцит. Рентгенологически: признаки кардиомегалии, имеется жидкость в обеих плевральных полостях. ЭхоКГ: фракция выброса - 27%, диаметр левого желудочка~9см, толщина задней стенки левого желудочка  - 0,65 см. Наиболее вероятный диагноз.

**Ответ: Дилатационная кардиомиопатия**

**(АНЕМИЯ)**

Задача 1.

Студентка 3-го курса педагогического университета, 19 лет предъявляет жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, головокружение, головные боли, одышку и сердцебиение при умеренной физической нагрузке, трудности в учебе (снижение памяти, внимания, тяжесть в восприятии учебного материала), периодическое появление желтушного окрашивания кожи и болей в правом подреберье. Эпизоды пожелтения кожных покровов отмечает с 5-6 летнего возраста. В школе несколько отставала от сверстников в физическом развитии. Явления астении стали беспокоить пациентку после окончания школы и поступлении в ВУЗ. У её матери также отмечается эпизодическое желтушное окрашивание кожных покровов, выявлено наличие камней в желчном пузыре.

При осмотре: больная пониженного питания, кожные покровы бледно-желтые, склеры желтушны, имеется высокое «готическое» небо, на передней поверхности правой голени след от зажившей трофической язвы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, легкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС- 110 в минуту. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. В общем анализе крови: Hb – 70 г/л, эритроциты – 2,3х1012/л, ЦП - 0,9, анизоцитоз (наряду с нормоцитами, определяются эритроциты диаметром 5-6 мкм, шаровидной формы), лейкоциты – 4,6 х 109/л, тромбоциты – 180х109/л, ретикулоциты – 2,3%, СОЭ - 15 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите основной метод лечения пациентки.

**Ответ:**

1. Основной диагноз: наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия (Минковского-Шоффара), тяжелой степени.

2. Основной метод лечения наследственной гемолитической микросфероцитарной анемии - спленэктомия.

Задача № 2

Больной А., 25 лет, студент, вскоре после вакцинации отметил появление небольшой желтушности кожных покровов, слабость, утомляемость, тяжесть в левом подреберье. Пальпаторно определяется увеличение селезенки на 4 см ниже края реберной дуги по левой срединно-ключичной линии.

Клинический анализ крови: Нb - 64 г/л, эритроциты – 2,0х109/л, ЦП - 0,9, ретикулоциты – 40%, тромбоциты - 215х109/л, лейкоциты – 15,3х109/л, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 78%, лимфоциты - 10%, моноциты - 2%, СОЭ - 17 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,02 г/л, реакция на гемосидерин в моче - отрицательная. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 2000, эритроциты – 1000 в 1 мл.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин - 60 мкмоль/л, прямой - 10 мкмоль/л, непрямой - 50 мкмоль/л, сывороточное железо - 20 мкмоль/л. Проба Кумбса (+++).

Миелограмма: выраженная гиперплазия эритроидного ростка костного мозга, эритрокариоциты - 57%, соотношение лейко/эритро - 1/1.

1. Обоснуйте диагноз.

2. Назначьте лечение, определите его этапы.

**Ответ:**

1. Приобретенная гемолитическая анемия, тяжелая степень.

3. Обосновано назначение кортикостероидных гормонов в дозе 1 мг/кг массы. При отсутствии эффекта от кортикостероидных гормонов возможно проведение спленэктомии. Назначение цитостатиков в качестве иммунодепрессантов в данном случае менее желательно, учитывая молодой возраст пациента.

**(СКВ+ССД+Бехтерева)**

Задача 1.

Больная А., 25 лет. Диагноз «Системная красная волчанка» выставлен 3 года назад. Получает следующее лечение: преднизолон 15 мг/сут. и азатиоприн (имуран) 100 мг/сут. После медицинского аборта у больной отмечается ухудшение состояния: нарастающая слабость, головокружение, выраженная одышка, отеки лица, конечностей, тошнота, уменьшение выделения суточной мочи. *Объективно:* бледность кожных покровов, иктеричность склер. Набухшие шейные вены. Границы сердечной тупости расширены во все стороны. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС – 115 уд. в мин. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. Выраженные отеки нижних конечностей с переходом на поясничную область. В *анализе крови*: Hb – 42 г/л, эрит. – 2,1х1012/л; лейк. – 3,8х109/л, ретикулоциты – 58 %, СОЭ – 68 мм/ч. В *анализе мочи:* отн.пл. – 1016, белок – 4,7 г/л, эритр. – 20 в п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые. *Биохимия крови:* креатинин - 0,46 ммоль/л; холестерин – 11,6 ммоль/л.

1. Выделите ведущие синдромы заболевания.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Необходимые дополнительные исследования.

4. План неотложной терапии.

Задача 2.

Больной В., 38 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные боли и ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, коленных суставах и голеностопных суставах, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике. Начало болезни острое, около 7 лет назад появились боливпояснично-крестцовомотделе позвоночника, затем присоединились и рецидивировали боли в коленных и голеностопных суставах. В последние 2 года беспокоит утренняя скованность в пораженных суставах.*При осмотре:* больной с трудом передвигается из-за болей. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом “тетивы”. Выраженная припухлость и дефигурация коленных суставов.При пальпации определяется болезненность в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительные симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера. Со стороны внутренних органов без существенных изменений.

Установите предварительный диагноз.

Болезнь Бехтерева, периферическая форма, стадия 2, степень активности 2, ФНС 2 степени.

Задача № 1.

 Больная С., 43 года, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боли в области сердца сжимающего характера, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 3 мин. В возрасте 22 лет перенесла тяжелую ангину, около месяца находилась на лечении в больнице. Длительное время занималась спортом и чувствовала себя хорошо. Около двух лет назад при профилактическом осмотре был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ была выявлена гипертрофия левого желудочка, что было расценено как проявление «спортивного сердца», ЭхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних трех месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы.

 При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Отеков нет. ЧД - 16 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук, При аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок разлитой, куполообразный, пальпируется на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 1,5 см от правого края грудины в четвертом межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии в четвертом межреберье, верхняя - нижний край III ребра. При аускультации - II тон ослаблен во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Ритм сердца правильный, ЧСС - 60 уд/мин. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 60 уд/мин. АД 110/80 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются.

 Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - 7,3х109/л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 26 %, моноциты - 3 %. СОЭ - 8 мм/ч. СРБ отрицательный, титр антигиалуронидазы - 190 ЕД (норма до 300 ЕД), титр антистрептолизина-О - 170 ЕД (норма до 250 ЕД). Общий анализ мочи: относительная плотность - 1023, реакция кислая, эритроцитов, белка, глюкозы нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Сформулируйте диагноз.

Хроническая ревматическая болезнь сердца: стеноз устья аорты.

Задача 1.

Больная, 68 лет, поступила с жалобами выраженную слабость, заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носовых путей, периодически лихорадка, кашель, отеки на стопах и уменьшение выделения мочи. Указанные жалобы беспокоят больную в течении 2,5 месяцев. Около 2-х месяцев назад принимала ципрофлоксацин и кларитин по поводу синусита, без эффекта. При осмотре «седловидная» деформация носа, у крыльев – язвенно-некротические корочки, отеки стоп. В лекгих – осалобленное дыхание по всем полям, ЧДД 24 в мин. В остальном физикальный осмотр не выявил, каких либо серьезных отклонений. О/А крови – Hb 80 г/л, 10х109 /л, тромбоциты 200х109 /л, СОЭ 62 мм/ч.; о/а мочи –белок 0,1 г/л, лейкоциты – 10-12 п/зр., эритроциты 20-50 п/зр. Серологические маркеры наличия вирусных гепатитов отрицательные. Рентгенография легких: множественные участки инфильтрации.

1.Выставите предполагаемый диагноз и назначьте обследование для уточнения диагноза .

Задача 2.

Больной А., 52 лет, жалуется на остро возникшие ночью резкие боли в большом пальце правой стопы. Из анамнеза выяснено, что страдает мочекаменной болезнью, дважды перенес приступы почечной колики. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре. В области 1 плюснефалангового сустава краснота, припухлость, резкие боли при движении. На мочке правого уха плотное, округлое образование, бело-желтого цвета, безболезненное. Натрий 145 ммоль/л, К 4,8 ммоль/л, мочевая кислота 595 мкмоль/л.

1. Выставите предполагаемы диагноз. Какова тактика лечения данного неотложного состояния.

Задача 1.

Больной П., 60 лет, жалуется на перебои в работе сердца. На ЭКГ на фоне синусового ритма с постоянным интервалом PQ, Р-Р, R-R определяются отдельные преждевременные комплексы QRS, за которым следует неполная компенсаторная пауза. Каждый преждевременный комплекс начинается с отрицательного зубца Р, за которым с интервалом PQ 0,23 сек. следует нормальный комплекс QRS. Колебания предэктопического интервала не превышает 0,03 сек. Все эктопические зубцы Р одинаковые.

1. Что имеется на ЭКГ?

Ответ: предсердная экстрасистолия

Задача 2. Мужчина О., 55 лет, поступил в БИТ с типичной клиникой и ЭКГ изменениями острого инфаркта миокарда, течение которого осложнилось АВ блокадой с частотой 40 в 1 минуту.

1. Что наиболее эффективно в этой ситуации применение?

Ответ: Установление временного эндокардиального кардиостимулятора

**ЛЕЙКОЗЫ:**

Задача №1

Больная М., 16 лет доставлена в тяжелом состоянии в отделение, месяц назад перенесла какое то лихорадочное состояние, лечилась антибиотиками. Неделю назад появились боли в горле, деснах, вновь повышение температуры до 39,8 гр С. На слизистой оболочки рта и миндалин – язвочки с некротическим основанием, покрытые грязно – серым налетом. По органам – без патологии. НЬ – 90 г/л , эритроциты – 3,2 х 10 12/л, лейкоциты – 3,2 х 10 9/л, э – 0%, с – 22% , лимфоциты – 67% , мон – 3% , бластные клетки – 8% , СОЭ – 65 мм/час.

Ваш предположительный диагноз ?

Острый лимфобластный лейкоз

Задача №2

Больной И., 65 лет , в течении года жалуется на слабость , увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Лимфотические узлы мягкие, безболезненные при пальпации. Анализ крови: лейкоциты 40 х 10 9/л ( эозинофилы 1%, палочкоядерные 3% , сегьентоядерные 15% , лимфоциты 75% . моноциты 6% ).

Предпологаемый диагноз?

Хронический лимфолейкоз.

Задача №1

У 22х летней женщины при диспансеризации замечена ассиметрия пульса и АД на верхних конечностях. АД на левой -160/100 мм.рт.ст.,на правой -120/70.СОЭ- 27 мм/ч.Ваш предположительный диагноз?

А.-аорто-артериит(болезнь Такаясу)

Б.-коарктация аорты

В.-узелковый периартериит

Г.-вегетососудистая дистония по гипертоническому типу

Задача №2

У больного 42 года наблюдается артериальная гипертензия с цифрами -220/120 мм.рт.ст.

Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансеризации. Родители больного не страдали АГ. Лечение у терапевта гипотензивными средствами не эффективно. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Какой метод исследования позволяет уточнить диагноз?

А.-почечная ангиография

Б.-экскреторная урография

В.-исследование глазного дна

Г.-радиоизотопная ренография

Задача №3

Больной С.,58 лет,научный сотрудник,около 10 лет страдает гипертонической болезнью,цифры АД постоянно высокие до 210/120 мм.рт.ст. Ночью проснулся с чувством нехватки воздуха,сел в постели,попросив открыть окно. Состояние не улучшилось,удушье нарастало,дыхание стало клокочущим,появился кашель с пенистой мокротой. АД – 280/150 мм.рт.ст. При аускультации в легких масса влажных хрипов. Тоны сердца возбужденные,пульс частый,напряжен.

1.-Поставьте диагноз.

2.- Какую неотложную помощь следует оказать пациенту?

Ответ:

1.Гипертонический криз.Осложненный острой сердечной недостаточностью.

2.Неотложная помощь оказывается при строгом контроле АД, не допуская его снижение более чем на 25% в течении первого часа.

-придается полусидячее положение.

-нитроглицерин по 0,5 мг под язык каждые 10 мин 3-5 раз с возможным переходом на в\в введение,начиная с 20 мкг\мин

-лазикс 20-80 мл в\в

-промедол 1мл в\м

-эналаприл 0,625-1.25 мг в\в медленно в течении 5-10 минут,предварительно растворив в 20 мл физ. р-ра . или нитропруссид натрия 50 мл в 600 мл глюкозы 5%.

***Задача № 1***

Больной М., 68 лет, пенсионер, доставлен машиной скорой помощи в крайне тяжёлом состоянии с жалобами на выраженную одышку с затруднёнными вдохом и выдохом, кашель с большим количеством слизистой пенистой мокроты розового цвета и прожилками крови. Из анамнеза уточнено, что пациент более 8 лет страдает стенокардией. Неоднократно лечился в стационаре, выписывался с улучшением. Последние 2 года беспокоила одышка при превышении порога бытовой физической нагрузки.Настоящее ухудшение развилось за два часа до поступления – на фоне умеренной физической нагрузки появилась тяжесть за грудиной, чувство удушья. После принятой таблетки нитроглицерина состояние больного не улучшилось, стала нарастать одышка, появился кашель с розовой пенистой мокротой.

При осмотре состояние пациента крайне тяжёлое. Занимает вынужденное положение - ортопноэ, «клокочущее» дыхание. Кожные покровы диффузно цианотичные, влажные. Непрерывно кашляет с выделением жидкой пенистой мокроты красноватого цвета. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Границы сердца смещены влево на 2-3 см. АД - 80/50 мм рт.ст. Аускультативно над лёгкими по всем полям выслушиваются незвучные разнокалиберные влажные хрипы, единичные сухие хрипы в верхних отделах, ЧДД 38-40 в минуту.

На ЭКГ в грудных отведениях V1-V6 регистрируются комплекс QS и подъём сегмента ST выше изолинии, который вместе с зубцом Т образует монофазную кривую; в I, aVL, наряду с подъемом ST, глубокий зубецQ; единичные желудочковые экстрасистолы.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?

3. Неотложная помощь, тактика ведения больного.

***Ответ:***

1.

Основной диагноз: инфаркт миокарда передний распространенный трансмуральный, острая стадия.

Осложнения: кардиогенный шок, отек легкого (ОСН, IV стадия по Killip), экстрасистолия.

2. Тяжесть состояния больного обусловлена обширностью зоны инфаркта и острой левожелудочковой недостаточностью.

3. Неотложная помощь:

* госпитализация в кардиологический блок интенсивной терапии;
* срочная реваскуляризация (транслюминальная ангиопластика или аортокоронарное шунтирование), которая считается методом выбора при наличии кардиогенного шока, при невозможности провести чрескожное вмешательство выполняется тромболизис по вышеуказанной схеме;
* ингаляция кислорода (через носовые катетеры) со скоростью 4-8 л/мин, при неэффективности (сатурация артериальной крови ниже 90%) может быть использовано дыхание через маску, при утяжелении состояния – интубация трахеи и ИВЛ;
* допамин 5-15 мкг/кг/мин или норадреналин 2-10 мкг/кг/мин под контролем АД;
* наркотические анальгетики – морфина гидрохлорид (или сульфат) в/в болюсно по 2-4 мг, при необходимости введение повторяют (2-4 мг каждые 5-15 минут) до купирования боли;
* внутриаортальная баллонная контрпульсация или другие вспомогательные методы инотропной поддержки (как временная мера для поддержки гемодинамики в период подготовки к оперативным вмешательствам);
* если удалось стабилизировать АД (САД > 100 мм рт. ст), то возможно контролируемое введение нитроглицерина, начиная со скорости 5-10 мкг/мин;
* лечение инфаркта миокарда – антикоагулянты, антиагреганты по указанным выше схемам.

***Задача № 2***

Пациент М, 36 лет, обратился с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке и в горизонтальном положении, неприятные ощущения в области сердца и перебои в его работе, сухой кашель, тяжесть в правом подреберье, отёки голеней, общую слабость.В течение года стало появляться чувство нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке, но больной не обращал на это внимания. За два предшествующих месяца состояние его ухудшилось: одышка наросла, появились приступы удушья, тяжесть в правом подреберье.Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет.

При объективном осмотре: состояние тяжёлое, пониженного питания. Кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. Набухание шейных вен. Отёки голеней и стоп, цветные, холодные.При аускультации лёгких в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД до 28 в минуту. Границы сердца смещены во все стороны. Верхушечный толчок смещён влево и вниз. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС - 112 в минуту, выслушиваются III тон и систолический шум на верхушке,V точке и в области мечевидного отростка при ослабленном I тоне. АД - 100/60 мм рт.ст. Печень на 5-6 см выступает из-под реберной дуги, плотная, чувствительная при пальпации.

На ЭКГ - перегрузка левого желудочка, гипертрофия левого предсердия, единичная желудочковая экстрасистолия.ЭхоКГ: аорта – 3,4 см, левое предсердие – 5 см, полость левого желудочка: КДР – 72 мм, КСР – 58 мм. Сократимость миокарда левого желудочка -ΔS≈19%. Межжелудочковая перегородка – 0,75 см. Задняя стенка левого желудочка – 0,9 см. Аортальный клапан: створки не уплотнены, амплитуда раскрытия нормальная. Митральный клапан: створки не уплотнены, противофаза есть. Правый желудочек – 32 мм. Признаки умеренной легочной гипертензии. Регургитация на митральном клапане (+++), трикуспидальном клапане (+++). Фракция выброса – 34%.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Определите тактику лечения.

***Ответ:***

1.

Основной диагноз: дилатационная кардиомиопатия первичная.

Осложнения: нарушение ритма сердца – желудочковая экстрасистолия, ХСН II Б стадия, III ФК (по NYHA).

2. Лечение:

* госпитализация в стационар, постельный режим;
* диета со снижением содержания соли;
* ингибитор АПФ (периндоприл, эналаприл, рамиприл и др.) или антагонист рецепторов ангиотензинаII (кандесартан, лозартан), начиная с минимальной дозы с последующим титрованием до максимально переносимой пациентом;
* тиазидные или петлевые диуретики ежедневно с контролем диуреза;
* β-адреноблокатор: карведилол - 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим постепенным дозы до целевой (25-50 мг), а при невозможности её достижения - до максимально переносимой данным пациентом; возможен также выбор бисопролола или метопролола сукцината);
* антагонисты альдостерона (спиронолактон, элпреренон);
* антикоагулянтная терапия низкими дозами НМГ (эноксапарин 40 мг/сут) на время постельного режима с последуюшим решением вопроса о проведении постоянной терапии непрямыми антикоагулянтами по показаниям;
* препараты омега-3 полиненасыщенных кислот (имеется доказательная база по препарату омакор, который применяется по 1,0 длительно).

ЛЕЙКОЗЫ:

Задача №1

Больная М., 16 лет доставлена в тяжелом состоянии в отделение, месяц назад перенесла какое то лихорадочное состояние, лечилась антибиотиками. Неделю назад появились боли в горле, деснах, вновь повышение температуры до 39,8 гр С. На слизистой оболочки рта и миндалин – язвочки с некротическим основанием, покрытые грязно – серым налетом. По органам – без патологии. НЬ – 90 г/л , эритроциты – 3,2 х 10 12/л, лейкоциты – 3,2 х 10 9/л, э – 0%, с – 22% , лимфоциты – 67% , мон – 3% , бластные клетки – 8% , СОЭ – 65 мм/час.

Ваш предположительный диагноз ?

Острый лимфобластный лейкоз

Задача №2

Больной И., 65 лет , в течении года жалуется на слабость , увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Лимфотические узлы мягкие, безболезненные при пальпации. Анализ крови: лейкоциты 40 х 10 9/л ( эозинофилы 1%, палочкоядерные 3% , сегьентоядерные 15% , лимфоциты 75% . моноциты 6% ).

Предпологаемый диагноз?

Хронический лимфолейкоз.