Таблица 1.Общие сведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Учебное заведение |  |
| 2 | Специальность |  |
| 3 | Дисциплина |  |
| 4 | Автор заданий |  |
| 5 | Телефон |  |
| 6 | Электронная почта |  |
| 7 | СНИЛС |  |

Таблица 2.Перечень заданий по дисциплине

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ТРАКТЕ НАИБОЛЕЕ 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 ВОЛЧАНКИ ОТСУТСТВУЕТ |
| 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 | ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 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 | РЕШАЮЩИМ ЛАБОРАТОРНЫМ 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 боли в пояснично-крестцовом отделе 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.