

Госпитальная терапия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Терапии №2 (Лечебное дело)**

Учебный план 31050150_15_345лд.plx
Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

Квалификация **Специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **12 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	432	Виды контроля в семестрах:
в том числе:		экзамены 12
аудиторные занятия	288	зачеты 9, 10, 11
самостоятельная работа	107,1	
экзамены	35,5	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		11 (6.1)		12 (6.2)		Итого	
	Неделя	18	17	19	19	2/6				
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18			18	18	36	36	72	72
Практические	18	18	54	54	54	54	90	90	216	216
Контактная	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			0,9	0,9
Контактная							0,5	0,5	0,5	0,5
В том числе инт.	2	2	2	2	5	5	5	5	14	14
Итого ауд.	36	36	54	54	72	72	126	126	288	288
Контактная	36,3	36,3	54,3	54,3	72,3	72,3	126,5	126,5	289,4	289,4
Сам. работа	35,7	35,7	17,7	17,7	35,7	35,7	18	18	107,1	107,1
Часы на контроль							35,5	35,5	35,5	35,5
Итого	72	72	72	72	108	108	180	180	432	432

Программу составил(и):

к.м.н., доцент Абдулкадырова З.А., к.м.н., доцент Мирбакиева Д.М., ст.преподаватель Толбаева А.А.

Рецензент(ы):

к.м.н доцент Саткыналиева З.Т., к.м.н. зав. кафедрой терапии №1 Лопаткина И.Н.

Рабочая программа дисциплины

Госпитальная терапия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

составлена на основании учебного плана:

31.05.01. Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 18.06 2015 г. № 10
Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Сабилов И.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16 11 2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 25.06 2016 г. № 12
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Сабилов И.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

15 12 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 10.06 2017 г. № 12
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Сабилов И.С.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

07 12 2018 г.

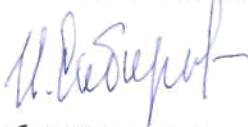
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 04.09 2018 г. № 2
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Сабилов И.С.



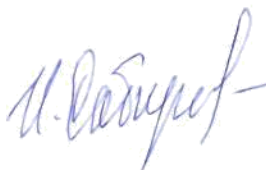
Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4 09 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Терапии №2 (Лечебное дело)

Протокол от 28 08 2019 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Сабилов И.С.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Основной целью преподавания госпитальной терапии является изучение студентами различных вариантов течения основных нозологических форм болезней внутренних органов (изученных ранее на курсе факультетской терапии) и относительно редко встречающихся нозологий, осложнений заболеваний, а также дифференциальный диагноз синдромов, часто встречающихся в клинической практике и вопросы дифференцированной их терапии;
1.2	Дать студенту знания особенностей клинических проявлений широко распространенных заболеваний внутренних органов, изученных на курсе факультетской терапии, а также редко встречаемых форм и осложнений заболеваний, способствовать развитию клинического мышления будущего врача - умению на основе собранной информации о больном поставить развернутый клинический диагноз, с учетом вариантов течения этих болезней и их осложнений; обучить основным принципам и выработке тактики адекватного лечения; а также мер профилактики заболеваний внутренних органов (подготовить студента к производственной практике после V курса) – навыкам самостоятельного клинического мышления во время производственной практики.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:Б1.Б	
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Пропедевтика внутренних болезней
2.1.2	Факультетская терапия
2.1.3	Поликлиническая терапия
2.1.4	Реаниматология и интенсивная терапия
2.1.5	Психиатрия
2.1.6	Доказательная медицина
2.1.7	Госпитальная терапия
2.1.8	Клиническая биохимия
2.1.9	Клиническая фармакология
2.1.10	Лучевая диагностика
2.1.11	Патологическая анатомия
2.1.12	Нормальная физиология
2.1.13	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.14	Фармакология
2.1.15	Топографическая анатомия и оперативная хирургия
2.1.16	Биохимия
2.1.17	Микробиология, вирусология
2.1.18	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.19	Иммунология
2.1.20	Анатомия
2.1.21	Биология
2.1.22	Химия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Нормальной и топографической, патологической анатомии
2.2.2	Гистологии, нормальной и патологической физиологии
2.2.3	Биохимии, биологической физики и информатики, биологии, медицинской генетики, микробиологии, Иммунологии, фармакологии, гигиены
2.2.4	Пропедевтики внутренних болезней, рентгенологии и лучевой диагностики, факультетской хирургии и Факультетской терапии с профессиональными болезнями
2.2.5	Клинические практики после 3-5 курсов: по программам «Медсестринская практика», «Помощник врача стационара», «Амбулаторное ведение больных»
2.2.6	Эндокринология
2.2.7	Госпитальная терапия
2.2.8	Инфекционные болезни
2.2.9	Помощник врача АПУ
2.2.10	Геронтология
2.2.11	Онкология, лучевая терапия
2.2.12	Поликлиническая терапия

2.2.13	Медицинская реабилитация
2.2.14	Стандарты диагностики и лечения
2.2.15	Фтизиатрия
2.2.16	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-6: способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

Знать:

Уровень 1	Причины, патофизиологический механизм развития болезни с целью адекватной диагностики и лечения
Уровень 2	Закономерности развития и формирования терапевтических болезней, механизмы прогрессирования, знание патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики
Уровень 3	Алгоритм постановки клинического диагноза

Уметь:

Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания патофизиологического обоснования синдромов и адекватного лечения
Уровень 2	Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения в зависимости от возрастного-половых различий
Уровень 3	Выбрать необходимые методы обследования, обоснованные в конкретном случае, на основании которых выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение в зависимости от возрастного-половых различий

Владеть:

Уровень 1	Навыками анализа собранных симптомов и их патофизиологической основы проявлений, обоснованности методов обследования и лечения
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний, их лечения в рамках полномочий врача общей практики
Уровень 3	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках госпитальной терапии

ПК-8: способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Знать:

Уровень 1	Особенности течения и диагностики вариантов, редких болезней и осложнений терапевтических заболеваний, принципы их лечения
Уровень 2	Закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными формами нозологий целью адекватного обследования и лечения;
Уровень 3	Закономерности развития и формирования терапевтических болезней, механизмы прогрессирования, знание патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики.

Уметь:

Уровень 1	Использовать диагностические критерии и особенности течения болезней в зависимости от различных форм, осложнений и возрастных особенностей, применять международную классификацию болезней в тактике лечения
Уровень 2	Использовать методы обследования с диагностической целью и уметь интерпретировать результаты, определить тактику ведения лиц с различными формами нозологий, их осложнений, а также определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий
Уровень 3	Выбрать необходимые методы обследования, обоснованные в конкретном случае, на основании которых выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение в зависимости от возрастного-половых различий

Владеть:

Уровень 1	Навыками распознавания и дифференцированной диагностики различных нозологических форм и тактики ведения пациентов
Уровень 2	Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных нозологических форм, редких форм и осложнений; назначения лечения
Уровень 3	Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией в рамках госпитальной терапии

ПК-10: готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

Знать:

Уровень 1	Закономерности проведения медицинской помощи при острых, обострении хронических, неотложных состояниях
Уровень 2	Закономерности оказания спектра медицинской помощи при острых, хронических, неотложных состояниях
Уровень 3	Закономерности дифференцированной диагностики различных форм нозологий с целью адекватного лечения и тактики ведения

Уметь:

Уровень 1	Оценивать состояние пациента для оказания медицинской помощи
Уровень 2	Использовать методы для оказания медицинской помощи лицам с различными формами нозологий
Уровень 3	Использовать спектр диагностических, лечебных возможностей при оказании медицинской помощи при острых, обострении хронических, неотложных состояниях

Владеть:

Уровень 1	Навыками готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, требующих экстренной помощи
Уровень 2	Навыками оказания медицинской врачебной помощи при острых, обострении хронических, неотложных состояниях
Уровень 3	Ведением медицинской документации, алгоритмом развернутого клинического диагноза

ПК-11: готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.**Знать:**

Уровень 1	Виды неотложной помощи в клинике внутренних болезней
Уровень 2	Алгоритм оказания неотложной помощи в клинике внутренних болезней
Уровень 3	Особенности лечения неотложных состояний в клинике внутренних болезней

Уметь:

Уровень 1	Определять тактику неотложной помощи в терапии внутренних болезней
Уровень 2	Использовать алгоритм оказания неотложной помощи в клинике внутренних болезней
Уровень 3	Определить лечение неотложных состояний в терапии внутренних болезней

Владеть:

Уровень 1	Принципами оказания неотложной помощи в терапии внутренних болезней
Уровень 2	Алгоритмом оказания неотложной помощи в клинике внутренних болезней
Уровень 3	Навыками оказания неотложной помощи ургентных состояний в клинике внутренних болезней

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Определение болезни, этиологию, факторы риска (ФР), патогенез, патоморфологию, классификацию, клиническую картину, лабораторно-инструментальную диагностику, принципы лечения, первичную и вторичную профилактику, прогноз при вариантах наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, их особенностей и осложнений
3.1.2	Заболеваний органов дыхания: хронического обструктивного бронхита у молодых и лиц пожилого возраста, атипичных пневмоний, вариантов течения бронхиальной астмы, отличий от профессиональной; первичной и вторичных форм легочной артериальной гипертензии (ЛАГ);
3.1.3	Заболеваний органов кровообращения: кардиомиопатии, миокардиодистрофии; аритмий, обусловленных нарушениями возбудимости и проводимости, перикардитов;
3.1.4	Заболеваний соединительной ткани: системной склеродермии, дерматомиозитов, системных васкулитов;
3.1.5	Заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): вариантов хронических гепатитов и гепатозов, особых форм циррозов печени, осложнений язвенной болезни, функциональных и аутоиммунных заболеваний кишечника;
3.1.6	Заболеваний органов мочевого выделения: амилоидоза, нефротического синдрома и почечной недостаточности: острой и хронической форм.
3.1.7	Оказания помощи при неотложных состояниях: пароксизмальной мерцательной аритмии, наджелудочковой и желудочковой тахикардии, синдроме
МЭС;	3.1.8 Острой почечной недостаточности.
3.1.9	В 11 и 12 семестрах студент должен знать дифференциальную диагностику и дифференцированную терапию заболеваний наиболее сложных заболеваний в по внутренней медицине:
3.1.10	Заболеваний органов дыхания: дифференциальная диагностика инфильтратов, бронхообструктивного синдрома, пневмоний и легочного сердца.

3.1.11	Заболеваний сердечнососудистой системы: дифференциальный диагноз кардиалгий, ОКС, нарушений ритма и проводимости, ОСН и ХСН, кардиомиопатий.
3.1.12	Заболеваний соединительной ткани: дифференциальный диагноз систолических и диастолических шумов, суставного синдрома, диффузных заболеваний соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит.
3.1.13	Дифференциальный диагноз заболеваний почек: заболевания протекающие с протеинурией, лейкоцитурией, гематурией, дифференциальный диагноз нефротического синдрома, ОПП и ХБП.
3.1.14	Дифференциальный диагноз заболеваний эндокринной системы: гипергликемии и гипогликемии, заболеваний щитовидной железы.
3.1.15	Дифференциальный диагноз заболеваний крови: дифференциальный диагноз анемий, гемобластозов, геморрагических диатезов.
3.2 Уметь:	
3.2.1	Распознавать и правильно ставить диагноз вариантов часто встречающихся заболеваний внутренних органов, особенности течения редких форм и их осложнений.
3.2.2	Оценивать активность патологического процесса, его форму, стадию и фазу течения в соответствии с официально утвержденными классификациями, наличие и тяжесть осложнений.
3.2.3	Составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза, провести дифференциальный диагноз и интерпретировать полученные результаты.
3.2.4	Сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией болезней;
3.2.5	Произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития и патоморфологию болезни, особенности течения клинической формы и выделить осложнения.
3.2.6	Произвести обоснование основного клинического диагноза у конкретного больного с оценкой результатов обследования и выявлением критериев диагностики данной болезни или осложнения.
3.2.7	Произвести обоснование этиологии болезни или осложнения у больного.
3.2.8	Назначить адекватную индивидуальную терапию, оформив «Лист назначений» и «Температурный лист» курируемого пациента.
3.2.9	Формировать схему медикаментозного и немедикаментозного лечения пациента в соответствии с диагнозом и морфологическими изменениями, в том числе определять показания и терапевтические противопоказания к хирургическому вмешательству, и его срочность.
3.2.10	Определить прогноз болезни для жизни и трудоспособности у конкретного больного.
3.2.11	Определить меры первичной и вторичной профилактики; последнее (в том числе) – у курируемого больного.
3.2.12	Распознавать клинические проявления некоторых неотложных состояний, провести детализацию состояния, неотложную диагностику и обладать навыками оказания экстренной врачебной помощи, в том числе диагностировать и оказывать экстренную помощь детям и взрослым на догоспитальном и госпитальном этапах.
3.2.13	Решать деонтологические задачи, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой внутренних и эндокринных заболеваний.
3.2.14	Расшифровать ЭКГ при патологии, в том числе при аритмиях.
3.2.15	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для будущей профессиональной деятельности.
3.3 Владеть:	
3.3.1	Методикой сбора жалоб и анамнеза больного.
3.3.2	Методами пропедевтики различных систем организма: осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация внутренних органов методами общеклинического, а также специального обследования (измерения роста и веса, вычисление индекса массы тела (ИМТ), определение размеров ЦЖ, осмотр молочных желез и исследование вторичных половых признаков) больного с эндокринной патологией.
3.3.3	Навыками интерпретации данных анамнеза, объективного осмотра пациента, его лабораторно-инструментальных данных.
3.3.4	Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.
3.3.5	Правильным ведением медицинской документации.
3.3.6	Навыками информирования пациента и их родственников.
3.3.7	Навыками владения иностранным языком в объеме для коммуникации и получения информации из зарубежных источников.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте-ракт.	Примечание
-------------	---	----------------	-------	--------------	------------	------------	------------

Раздел 1. Пульмонология							
1.1	Плевриты /Лек/	9	2	ПК-8 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.25 Л3.1 Л3.2	0	
1.2	Особенности ХОБЛ у молодых, пожилых, старческого возраста Варианты бронхиальной астмы, особенности лечения от степени тяжести(И) Плевриты Атипичные пневмонии Гипертония малого круга: первичные и вторичные ЛАГ. КР №1 /Пр/	9	10	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.25 Л2.5 Л3.1 Э1 Э2 Э4	1	Аускультация легких у больных с БА. Оказание неотложной помощи при тяжелом приступе БА на муляже в ЦИПО
1.3	Варианты бронхиальной астмы, особенности лечения в зависимости от степени тяжести Курение – оценка статуса курящего. Заболевания, вызванные курением. Атипичные пневмонии. Плевриты. Методика проведения плевральной пункции. Первичная и вторичная легочная гипертензия. Высокогорная медицина. Высокогорная лёгочная гипертензия /Ср/	9	15	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.3 Л1.25 Л3.1	0	
1.4	Легочный инфильтрат, определение, этиология, критерии диагноза, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Дифференциальный диагноз бронхиальной обструкции. Легочная недостаточность. Синдром легочного сердца. Принципы антибактериальной и бронхолитической терапии /Лек/	11	8	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.5	Дифференциальный диагноз пневмоний. Легочный инфильтрат, определение, этиология, критерии диагноза, дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз бронхиальной обструкции и удушья(И). КР№1. Дифференцированная терапия пневмоний и обструктивного синдрома Легочная недостаточность. Синдром легочного сердца. Неотложные состояния в пульмонологии. КР № 2. /Пр/	11	28	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.7 Л1.22 Л1.4 Л3.1 Э1 Э2 Э4	2	Методика проведения аускультации сердца и легких при различных обструктивных заболеваниях легких на муляже в центре ЦИПО.
1.6	Лечение бронхиальной астмы горным климатом Обучение пациента самоконтролю при обструктивных заболеваниях Табачная зависимость Роль базисных препаратов в лечении обструктивного синдрома Высокогорная медицина /Ср/	11	16	ПК-6 ПК-8	Л1.3 Л1.1 Л1.4 Л1.5 Л3.1 Л3.2	0	
Раздел 2. Кардиология							

2.1	Кардиомиопатии, миокардиодистрофии Перикардиты Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости и проводимости. Неотложные аритмии. /Лек/	9	6	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.6 Л1.1 Л1.2 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.25 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.2	Кардиомиопатии, миокардиодистрофии Перикардиты Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости и проводимости. Лечение аритмий(И) Блокады /Пр/	9	8	ПК-8 ПК-11 ПК-6	Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.25 Л2.2 Э1 Э4	1	Аускультация сердца при различных нарушениях ритма на муляже в центре ЦИПО.
2.3	Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости и проводимости. Лечение аритмий. Блокады. КР №2 /Пр/	10	14	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.7 Л1.9 Л1.25 Л2.3 Э3 Э5	0	
2.4	Рестриктивная КМП Перикардиты. Перикардиоцентез. Аритмии, обусловленные нарушением возбудимости и проводимости. Неотложные аритмии: пароксизм мерцания предсердий, над-, желудочковая тахикардии, МЭС-синдром Блокады сердца. Показания и противопоказания к ЭКС. Показания и противопоказания к РЧА. /Ср/	9	21	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.1 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л2.2 Л2.3	0	
2.5	Дифференциальный диагноз кардиалгий Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия острого коронарного синдрома Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий и гипотонических состояний Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия аритмий, обусловленных нарушением возбудимости. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия нарушений проводимости /Лек/	11	10	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.6 Л1.8 Л1.9 Л2.1 Л2.3	0	
2.6	Дифференциальный диагноз кардиалгий Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия острого коронарного синдрома(И) Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий. КР № 3 Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением возбудимости и проводимости Дифференцированная терапия аритмий Дифференциальный диагноз и терапия сердечной недостаточности. КР № 4. /Пр/	11	26	ПК-10 ПК-11 ПК-8	Л1.22 Л1.1 Л1.6 Л1.8 Л2.1 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4	3	Проведение в центре ЦИПО: методика снятия и расшифровки ЭКГ. В/в и в/м инъекции при ХСН

2.7	Гипертонические кризы, критерии диагностики. Неотложная помощь. Сердечная астма и отек легких, диагностика и неотложная помощь Пароксизмальные нарушения ритма Фибрилляция желудочков и асистолия, причины, критерии диагностики. Неотложная помощь. Высокостепенные блокады, синдром МЭС /Ср/	11	20	ПК-8 ПК-10 ПК-11	Л1.1 Л1.5 Л2.1 Л2.3	0	
2.8	/Зачёт/	9	0			0	
Раздел 3. Ревматология							
3.1	Системная склеродермия, дерматомиозиты Системные и геморрагические васкулиты /Лек/	9	4	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.10 Л1.11 Л1.12 Л1.13 Л1.25	0	
3.2	Системная склеродермия, дерматомиозиты Системные васкулиты. Геморрагические васкулиты /Пр/	10	11	ПК-6 ПК-8	Л1.10 Л1.11 Л1.25 Э1 Э6	0	
3.3	Системная склеродермия, дерматомиозиты Системные и геморрагические васкулиты Узелковый периартериит - Клинические «маски». /Ср/	10	4	ПК-6 ПК-8	Л1.10 Л1.11 Л1.25	0	
3.4	Дифференциальный диагноз систолических шумов сердца Дифференциальный диагноз диастолических шумов Дифференциальный диагноз кардиомегалий Дифференциальная диагностика суставного синдрома Дифференциальный диагноз лихорадочных состояний /Лек/	12	10	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.7 Л1.8 Л1.12 Л1.13 Л2.3 Л2.2	0	
3.5	Дифференциальный диагноз систолических шумов(И) Дифференциальный диагноз диастолических шумов(И) Дифференциальный диагноз кардиомегалий Дифференциальный диагноз ревматических и неревматических поражений миокарда КР № 5 Дифференциальный диагноз и терапия суставного синдрома Дифференциальный диагноз диффузных болезней соединительной ткани Дифференциальный диагноз лихорадочных состояний Иммуносупрессивная терапия в клинике внутренних болезней. КР № 6 /Пр/	12	24	ПК-6 ПК-8	Л1.1 Л1.7 Л1.12 Л1.13 Л2.3 Л2.2 Э1 Э2 Э4	4	Аускультация сердца при различных пороках сердца на муляжах в центре ЦИПО

3.6	Реактивные артриты в урологии, гастроэнтерологии. Спондилоартриты Показания и противопоказания гормональной терапии при ДЗСТ Показания для внутрисуставного введения гормонов /Ср/	12	4	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.1 Л2.4	0	
Раздел 4. Гастроэнтерология							
4.1	Варианты течения хронических гепатитов, циррозов, гепатозы Функциональные и редкие болезни кишечника /Лек/	9	4	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.14 Л1.15 Л1.25 Л2.4	0	
4.2	Варианты течения хронических гепатитов, циррозов, гепатозы Функциональные и редкие болезни кишечника. КР №3 /Пр/	10	10	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.14 Л1.15 Л1.25 Л2.4 Э2 Э3	0	
4.3	Варианты течения хронических гепатитов, циррозов, гепатозы Функциональные и редкие болезни кишечника /Ср/	10	4	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.14 Л1.15 Л1.25 Л2.4	0	
4.4	Дифференциальный диагноз и терапия желудочной, кишечной диспепсий Дифференциальный диагноз желтух. Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий /Лек/	12	10	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.14 Л1.22	0	
4.5	Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия желудочной диспепсии Дифференциальный диагноз и дифференциальная терапия кишечной диспепсии Дифференциальный диагноз желтух с конъюгированной гипербилирубинемией Дифференциальный диагноз желтух с неконъюгированной гипербилирубинемией Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы. КР № 7. /Пр/	12	22	ПК-6 ПК-8	Л1.15 Л1.14 Л1.25 Л2.5 Л2.4 Э1 Э2 Э4	0	
4.6	Язвенные поражения ЖКТ в Кыргызстане Неотложные состояния в гастроэнтерологии: Желудочно-кишечные кровотечения, «острый живот», печеночная энцефалопатия. Поражение внутренних органов при висцеральном сифилисе. /Ср/	12	6	ПК-8 ПК-10 ПК-11	Л1.14 Л1.22 Л1.24 Л1.1 Л2.5 Л2.4	0	
Раздел 5. Нефрология							
5.1	Нефротический синдром, амилоидоз почек Почечная недостаточность /Лек/	9	2	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.16 Л1.17 Л1.25 Л3.3	0	

5.2	Нефротический синдром, амилоидоз почек Острое почечное повреждение(И) Хроническая болезнь почек /Пр/	10	10	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.16 Л1.17 Л1.25 Л3.3 Э4 Э5	2	Катетеризация мочевого пузыря на муляже в ЦИПО
5.3	Патогенез основных клинических проявлений нефротического синдрома (протеинурия, отеки, гиперхолестеринемия) Редкие формы амилоидоза Нефротический криз Почечная недостаточность /Ср/	10	10	ПК-8 ПК-10	Л1.16 Л1.17 Л1.25 Л2.5 Л3.3	0	
5.4	Дифференциальный диагноз мочевого синдрома, протекающих с преимущественной гематурией, лейкоцитурией. Дифференциальный диагноз мочевого синдрома, протекающих с преимущественной протеинурией Дифференциальная диагностика нефротического синдрома Дифференциальный диагноз олигоурий /Лек/	12	8	ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	Л1.16 Л1.17 Л1.25 Л2.4 Л3.3	0	
5.5	Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с гематурией Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с протеинурией Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с лейкоцитурией Дифференциальный диагноз и терапия гломерулонефритов Дифференциальный диагноз и терапия нефротического синдрома Дифференциальный диагноз вторичных нефритов Дифференциальный диагноз и лечение почечной недостаточности(И) КР № 8 /Пр/	12	28	ПК-6 ПК-8	Л1.17 Л1.16 Л2.5 Л3.3 Э2 Э4	1	Катетеризация мочевого пузыря на муляже в центре ЦИПО.
5.6	Особенности течения гломерулонефритов в горных условиях. Неотложные состояния в нефрологии: почечная колика, эклампсия, нефротический криз, септический шок, ОПН Кардиоренальный континуум /Ср/	12	4	ПК-10 ПК-11	Л1.25 Л1.16 Л1.17 Л2.5 Л3.3	0	
Раздел 6. Эндокринология							
6.1	Метаболический синдром. Дифф.диагностика заболеваний щитовидной железы /Лек/	12	4		Л1.23	0	

6.2	Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний щитовидной железы Дифференциальный диагноз гипергликемий Дифференциальная терапия сахарного диабета Дифференциальный диагноз ожирения. Поражение внутренних органов. Метаболический синдром. Неотложные состояния в эндокринологии КР № 9 /Пр/	12	13	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.23 Л1.24 Л1.25 Л2.5	0	
6.3	Компоненты метсиндрома как предстadium ССЗ Макроангиопатии при сахарном диабете Синдром йододефицита в Кыргызстане Неотложные состояния в эндокринологии /Ср/	12	2	ПК-11	Л1.23 Л2.5	0	
Раздел 7. Гематология							
7.1	Острые и хронические лейкозы Миеломная болезнь. ДВС синдром Гемолитические анемии. КР №4 /Пр/	10	9	ПК-6 ПК-8 ПК-11	Л1.18 Л1.19 Л1.20 Л1.21 Л1.25 Л2.5 Э5 Э6	0	
7.2	Дифференциальная диагностика анемий, гемобластозов, дифференциальный диагноз спленоомегалий. /Лек/	12	4	ПК-6 ПК-8 ПК-10	Л1.21 Л1.24 Л1.20 Л1.25 Л2.5	0	
7.3	Дифференциальный диагноз и лечение анемий Дифференциальный диагноз и терапия гемобластозов КР №9 /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.24 Л1.21 Л1.20 Л1.25 Л2.5 Э4 Э5 Э6	0	
7.4	Диффдиагноз эритремий Дифференциальный диагноз гемаррагических диатезов ДВС-синдром Особенности течения внутренних болезней в пожилом возрасте. /Ср/	12	2	ПК-10	Л1.25 Л1.21 Л1.20 Л1.19 Л2.5 Э2 Э4	0	
7.5	/Экзамен/	12	36			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Госпитальная терапия (промежуточная аттестация)

Вопросы для проверки уровня обучения "ЗНАТЬ":

Контрольная работа проводится в виде 5 заданий: 2 теоретических вопроса, задача, анализ, ЭКГ. Рубежный контроль в виде тестирования (см Приложение 1)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (9-10семестры)

КР № 1. Пульмонология:

1. Диагностические критерии первичной пневмонии.
2. Особенности течения первичной пневмонии у пожилых и ослабленных больных.
4. Особенности течения первичной пневмонии при хроническом алкоголизме.
5. Перечислите рентгенологические признаки первичной пневмонии.
6. Особенности течения контагиозной пневмонии, вызванной риккетсиями Q-лихорадки.
7. Особенности пневмонии, вызванной стафилококком и стрептококком.
8. Особенности пневмонии, вызванной H. influenzae.
9. Особенности аспирационных пневмоний.
10. Диагностические критерии внутрибольничной пневмонии.

КР № 2 КАРДИОЛОГИЯ

1. Дайте определение кардиомиопатии.
2. Перечислите диагностические критерии различных вариантов кардиомиопатий.
3. Перечислите основные механизмы нарушений гемодинамики при кардиомиопатиях.
4. Тактика обследования при различных вариантах кардиомиопатий.

5. Принципы лечения различных вариантов кардиомиопатий.
6. Дайте определение миокардиодистрофии.
7. Критерии диагностики миокардиодистрофии.
8. Методы диагностики и лечения миокардиодистрофии.
9. Классификация перикардитов.
10. Диагностические критерии сухого, экссудативного и слипчивого перикардитов.
11. Что такое "Панцирное сердце".
12. Особенности сердечной недостаточности при перикардитах.
13. Что такое "псевдоцирроз" печени.
14. Инструментальная диагностика перикардитов.
15. Рентгенологические критерии экссудативного перикардита.
16. ЭКГ- критерии перикардитов.
17. ЭХОКГ – признаки перикардитов.
18. Показания к пункции перикарда.
19. Осложнения при экссудативном перикардите.
20. Осложнения при слипчивом (констриктивном) перикардите.
21. Принципы лечения перикардитов в зависимости от этиологии, патогенетических механизмов развития.
22. Прогноз при перикардитах.
23. Этиология и патогенез экстрасистолических аритмий.
24. ЭКГ – диагностика экстрасистолических аритмий. Лечение экстрасистолических аритмий
25. ЭКГ – критерии наджелудочковой экстрасистолической аритмии.
26. Диагностические критерии желудочковой экстрасистолии.
27. Классы желудочковой экстрасистолии по Лауну.
28. Особенности лечения желудочковой экстрасистолии.
29. Определение, патогенез пароксизмальной тахикардии.
30. Клинические и ЭКГ – критерии наджелудочковой и желудочковой форм пароксизмальной тахикардии.
31. Лечение пароксизмальной тахикардии.
34. Классификация блокад ножек пучка Гиса.
35. Особенности антиаритмической фармакотерапии пароксизмальных форм нарушений ритма сердца.
36. Осложнения антиаритмической терапии.

КР№3

РЕВМАТОЛОГИЯ, ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

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

КР№4

НЕФРОЛОГИЯ, ГЕМАТОЛОГИЯ

1. Этиопатогенез амилоидоза почек.
2. Стадии амилоидоза.
3. Критерии диагностики амилоидоза в зависимости от стадий болезни.
4. Современные концепции патогенеза амилоидоза.
5. Патогенез нефротического синдрома при амилоидозе.
6. Клинико-лабораторные (основные и дополнительные) критерии нефротического синдрома. Патогенез основных симптомов при нефротическом синдроме. Причины нефротического синдрома.
7. Значение лабораторных и морфологических исследований при нефротическом синдроме.
8. Лечение амилоидоза.
9. Прогноз при амилоидозе.
10. Дайте определение острой почечной недостаточности. Этиология.
11. Стадии и формы острой почечной недостаточности.
12. Патогенез острой почечной недостаточности.
13. Понятие о тубулярном некрозе.
14. Клиника острой почечной недостаточности в зависимости от стадии.
15. Принципы диагностики острой почечной недостаточности.
16. Лабораторные изменения при острой почечной недостаточности: нарушения кислотно-щелочного равновесия, электролитов, изменения биохимических показателей крови (креатинина).
17. Принципы лечения острой почечной недостаточности.
18. Показания к гемодиализу при острой почечной недостаточности.

19. Этиопатогенез хронической почечной недостаточности.
 20. Классификация хронической почечной недостаточности. Особенности клинико-лабораторных проявлений при различных стадиях ХПН.
 21. Методы оценки функционального состояния почек.
 22. Лечение хронической почечной недостаточности (консервативная терапия). Показания к консервативной терапии.
 23. Методы активной терапии хронической почечной недостаточности. Показания к активной терапии хронической почечной недостаточности.
 24. Прогноз при хронической почечной недостаточности.
 25. Показания и противопоказания к трансплантации почек.
 26. Острые лейкозы
 27. Хронические миело- и лимфолейкозы
 28. ДВС-синдром.
- КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ (11 - 12 семестры)**
- Вопросы к модулю № 1:
1. Дифференциальный диагноз пневмоний
 2. Легочный инфильтрат, определение, этиология, критерии диагноза, дифференциальный диагноз.
 3. Дифференциальный диагноз бронхиальной обструкции
 4. Дифференцированная терапия пневмоний и обструктивного синдрома
 5. Легочная недостаточность. Синдром легочного сердца
 6. Дифференциальный диагноз при ТЭЛА, критерии диагноза и лечение.
- Вопросы к модулю №2
1. Дифференциальный диагноз кардиалгий
 2. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия острого коронарного синдрома
 3. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий
 4. Осложнения АГ, кризы, дифференцированная терапия
- Вопросы к модулю № 3:
1. Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением возбудимости.
 2. Дифференциальный диагноз аритмий, обусловленных нарушением проводимости
 3. Дифференцированная терапия аритмий
 4. Дифференциальный диагноз сердечной недостаточности.
- Вопросы к модулю №4
1. Дифференциальный диагноз систолических шумов сердца.
 2. Дифференциальный диагноз диастолических шумов
 3. Дифференциальный диагноз кардиомегалий
 4. Дифференциальный диагноз ревматических и неревматических поражений миокарда
 5. Дифференциальный диагноз и терапия суставного синдрома
 6. Дифференциальный диагноз спондилоартритов
 7. Дифференциальный диагноз диффузных болезней соединительной ткани
 8. Дифференциальная диагностика РА с СКВ
 9. Дифференциальная диагностика РА с ССД
 10. Дифференциальная диагностика РА с ДМ
 11. Дифференциальная диагностика реактивных артритов
 12. Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Рейтера
- Вопросы к модулю № 5
1. Дифференциальная диагностика желудочной диспепсии
 2. Дифференциальный диагноз кишечной диспепсии
 3. Дифференцированная терапия диспепсий
 4. Дифференциальный диагноз желтух с конъюгированной гипербилирубинемией
 5. Дифференциальный диагноз желтух с неконъюгированной гипербилирубинемией
 6. Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий
 7. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы
 8. Дифференциальный диагноз и неотложные мероприятия при желудочно-кишечных кровотечениях
 9. Дифференциальный диагноз и неотложные мероприятия при синдроме «острый живот»
- Вопросы к модулю № 6:
1. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с гематурией
 2. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с протеинурией
 3. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с лейкоцитурией
 4. Дифференциальный диагноз и терапия гломерулонефритов
 5. Дифференциальный диагноз и терапия нефротического синдрома
 6. Дифференциальный диагноз вторичных нефритов
 7. Дифференциальный диагноз и лечение почечной недостаточности.
- Вопросы к модулю №7
1. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний щитовидной железы
 2. Дифференциальный диагноз гипергликемий
 3. Дифференциальная терапия сахарного диабета
 4. Дифференциальный диагноз ожирения. Поражение внутренних органов.
 5. Метаболический синдром

Вопросы к модулю №8

1. Дифференциальный диагноз и лечение анемий
2. Дифференциальный диагноз, лечение спленоомегалий и лимфоаденопатий
3. Дифференциальный диагноз и терапия гемабластозов

Задания для проверки уровня обучения «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»: На курируемом пациенте необходимо:

1. Собрать жалобы, анамнез жизни и болезни у больного.
2. Исследовать и оценить объективное состояние органов и систем.
3. Выявить синдромы, поставить предварительный диагноз.
4. Интерпретировать результаты клинических и дополнительных методов исследования.
5. Поставить клинический диагноз заболеваний внутренних органов с отражением этиологии, патогенеза, течения.
6. Оказать неотложную медицинскую помощь при выявлении у больных ургентной патологии внутренних органов.
7. Осуществить профилактику заболеваний внутренних органов.

8. Задачи (Приложение №2)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО

ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Общие вопросы

1. Вопрос об определенной нозологической единице (программ факультетской терапии и госпитальной терапии 5 курса).
2. Вопрос из программы госпитальной терапии 6 курса: дифференциальная диагностика синдрома и дифференцированная терапия.
3. Вопрос о неотложном состоянии
4. Ситуационная задача

5. Практические навыки по интерпретации анализов, результатов инструментальных обследований, расшифровки ЭКГ. Пульмонология

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

Кардиология

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

Ревматология

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

Гастроэнтерология

21. Дифференциальный диагноз и дифференцированная терапия желудочной диспепсии
22. Дифференциальный диагноз и дифференциальная терапия кишечной диспепсии
23. Дифференциальный диагноз желтух с конъюгированной гипербилирубинемией
24. Дифференциальный диагноз желтух с неконъюгированной гипербилирубинемией
25. Дифференциальный диагноз и терапия гепатомегалий
26. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы
27. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с гематурией
28. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с протеинурией
29. Дифференциальный диагноз при заболеваниях протекающих, преимущественно с лейкоцитурией
30. Дифференциальный диагноз и терапия гломерулонефритов
31. Дифференциальный диагноз и терапия нефротического синдрома
32. Дифференциальный диагноз вторичных нефритов
33. Дифференциальный диагноз и лечение почечной недостаточности

Эндокринология

34. Дифференциальный диагноз и терапия заболеваний щитовидной железы
35. Дифференциальный диагноз гипергликемий
36. Дифференциальная терапия сахарного диабета
37. Дифференциальный диагноз ожирения. Поражение внутренних органов. Метаболический синдром.
38. Неотложные состояния в эндокринологии

Гематология

39. Дифференциальный диагноз и лечение анемий

40. Дифференциальный диагноз и терапия гемабластозов
41. Особенности лечения болезней внутренних органов в пожилом возрасте
5.2. Темы курсовых работ (проектов)
Не предусмотрено
5.3. Фонд оценочных средств
Тест (Приложение №1)
Ситуационные задачи (Приложение №2)
Доклады и рефераты 9-10 сем:
1. Варианты бронхиальной астмы, особенности лечения в зависимости от степени тяжести
2. Высокогорная медицина. Высокогорная лёгочная гипертензия
3. Миокардиодистрофии - «спортивное сердце»
4. Рестриктивная КМП
5. Блокады сердца, врожденные синдромы: Вольфа-Паркинсона-Уайта, Фредерика, преждевременного сокращения желудочков
6. Геморрагические васкулиты. Гранулематоз Вегенера.
7. Гепатолентикулярная дегенерация - болезнь Коновалова – Вильсона: принципы терапии. Гемахроматоз
8. Функциональные болезни кишечника
9. Патогенез основных клинических проявлений нефротического синдрома (протеинурия, отеки, гиперхолестеринемия)
10. Нефротический криз
Доклады и рефераты 11-12 сем:
1. Лечение бронхиальной астмы горным климатом
2. Роль базисных препаратов в лечении обструктивного синдрома
3. Табачная зависимость
4. Синдром Морганьи Эдемса Стокса
5. Синдром Бругада
6. Реактивные артриты в урологии, гастроэнтерологии
7. Спондилоартриты
8. Язвенные поражения ЖКТ в Кыргызстане
9. Поражение внутренних органов при висцеральном сифилисе
10. Особенности течения гломерулонефритов в горных условиях.
11. Компоненты метсиндрома как предстadium ССЗ
12. Макроангиопатии при сахарном диабете
13. Синдром йододефицита в Кыргызстане
14. Диффдиагноз эритремий
15. Дифференциальный диагноз гемаррагических диатезов
16. ДВС-синдром
Презентации 9-10 сем:
1. Курение – оценка статуса курящего. Заболевания, вызванные курением
2. Методика проведения плевральной пункции
3. Перикардиты. Тампонада перикарда. Констриктивный перикардит.
4. Неотложные аритмии: пароксизм мерцания предсердий, над-, желудочковая тахикардия.
5. Узелковый периартериит - Клинические «маски»
6. Острая почечная недостаточность
7. Редкие формы амилоидоза
Презентации 11-12 сем:
1. Кровохарканье и кровотечение в пульмонологии
2. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
3. Обучение пациента самоконтролю при обструктивных заболеваниях
4. Клиника астматического статуса, диагностика и лечение
5. Клиника и неотложная помощь при нестабильной стенокардии
6. Догоспитальный и госпитальный этапы помощи при остром инфаркте миокарда
7. Осложненный гипертонический криз (острая левожелудочковая недостаточность)
8. Гипертонический криз осложненный расслаивающей аневризмой аорты.
9. Гипертонический криз неосложненный и злокачественная АГ.
10. Пароксизмальная мерцательная аритмия, причины, диагностика и неотложная терапия.
11. Приступ сердечной астмы, причины, диагностика и неотложная терапия.
12. Пароксизмальная желудочковая тахикардия диагностика и неотложная терапия
13. Лечение бронхиальной астмы горным климатом
14. Обучение пациента самоконтролю при обструктивных заболеваниях
15. Табачная зависимость
16. Роль базисных препаратов в лечении обструктивного синдрома
17. Высокогорная медицина
18. Гипертонические кризы, критерии диагностики. Неотложная помощь.
19. Сердечная астма и отек легких, диагностика и неотложная помощь
20. Пароксизмальные нарушения ритма
21. Фибрилляция желудочков и асистолия, причины, критерии диагностики. Неотложная помощь.
22. Высокотемпературные блокады, синдром МЭС

23. Реактивные артриты в урологии, гастроэнтерологии
 24. Спондилоартриты
 25. Показания и противопоказания гормональной терапии при ДЗСТ
 26. Показания для внутрисуставного введения гормонов
 27. Язвенные поражения ЖКТ в Кыргызстане
 28. Неотложные состояния в гастроэнтерологии:
 29. Желудочно-кишечные кровотечения, «острый живот», печеночная энцефалопатия.
 30. Поражение внутренних органов при висцеральном сифилисе.
 31. Особенности течения гломерулонефритов в горных условиях.
 32. Неотложные состояния в нефрологии: почечная колика, эклампсия, нефротический криз, септический шок, ОПН
 33. Кардиоренальный континуум
 34. Компоненты метсиндрома как предстadium ССЗ
 35. Макроангиопатии при сахарном диабете
 36. Синдром йододефицита в Кыргызстане
 37. Диффдиагноз эритремий
 38. Дифференциальный диагноз гемаррагических диатезов
 39. ДВС-синдром
 Контрольная работа
 Практические навыки, анализы (Приложение №3)
 ЭКГ (Приложение №4)
 Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств (Приложение №5)
 Технологическая карта дисциплины (Приложение №6)

5.4. Перечень видов оценочных средств

За курс госпитальной терапии 5 курса контрольные работы в каждом семестре по 2 с письменными ответами на 5 заданий:

1) Контрольные вопросы по темам
 2) Решение ситуационной типовой задачи – практические контрольные задания (ПКЗ) - необходимо выполнить следующий алгоритм действий: поставить предварительный диагноз, оценить условия задачи; принять решение о достаточности предлагаемых результатов обследования, принять решение о необходимости дополнительного обследования для решения проблемной ситуации; описав ожидаемые результаты, оценить последствия принятых решений в формулировке клинического (окончательного) диагноза, назначить адекватное лечение.

3) Интерпретация анализа, данных инструментальных обследований, предположив: для какой болезни данный анализ является обязательным или может быть.

4) Расшифровка ЭКГ по протоколу с написанием заключения
 При итоговой аттестации 9-10 сем - зачет (тестовый контроль).

2. При итоговой аттестации экзамен в 12 семестре:
 - индивидуальное собеседование по билетам.

За курс госпитальной терапии 6 курса (11- 12 семестры) 8 модулей (контрольные работы) (в 11 семестре 3 модуля, в 12 семестре 5 модулей) с письменными ответами на 5 заданий:

Наряду с обязательным посещением практических занятий, активным участием в курации и разборе больных, доклад с презентацией или реферат, сдача модуля, помимо 1 вопроса (см выше) включены следующие вопросы:

2. Ситуационная задача на тему программы с ответом на 3 вопроса:

1) диагноз согласно классификации; 2) дополнительные обследования с ожидаемыми результатами; 3) лечение больного.

3. Интерпретация анализа или данных инструментального обследования должна содержать 2 ответа: 1) как называется данное изменение, например, протеинурия; 2) для какого заболевания характерен этот анализ или при каком заболевании может быть.

4. Расшифровка ЭКГ означает ответы согласно протоколу:

1) Ритм правильный, неправильный

2) Ритм синусовый, несинусовый

3) Положение ЭОС

4) ЧСС

5) характеристика интервалов и зубцов желудочкового комплекса в грудных отведениях.

Критерии оценки знаний. Критерии оценки знаний на 6 курсе складывается из нескольких этапов: годовой успеваемости, оценок за КР (8 за год), причем критерии оценки за КР понятны студенту в самом начале изучения дисциплины.

Государственный экзамен состоит из 3-х этапов: курация, тестовый экзамен и устный опрос по билетам, после чего выставляется оценка по «Госпитальной терапии».

Заключение.

5. Выписка рецептов с указанием дозы и сигнатуры.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
---------------------	----------	-------------------

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова	Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах	«ГЭОТАР-Медиа», 2011
Л1.2	Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А	Внутренние болезни. Учебник. 6-е издание, переработанные, дополненное	«ГЭОТАР-Медиа» 2017
Л1.3	Чучалин А.Г.	Ппульмонология. Национальное руководство. Краткое	«ГЭОТАР-Медиа» 2016
Л1.4	Сабиров И.С.,	Респираторная медицина в практике семейного врача	Бишкек: Изд-во КPCУ 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/pulmo.pdf
Л1.5	Сабиров И.С., Юсупов Ф.А.	Вопросы диф.диагностики и лечение в ревматологии	Ош 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/
Л1.6	Сабиров И.С., Джайлобаева К.А., Раджапова З.Т	Клиническое ЭКГ в практике врача	Бишкек: Изд-во КPCУ 2017 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/obrazovanie/programmy/ilovepdf_
Л1.7	Сабиров И.С., Мухамедзиев Ф.М.	Вопросы кардиологии	Типография ОсОО 2017
Л1.8	Сабиров И.С., Полупанов А.Г., Мадаханов А.С.	Избранные вопросы кардиологии	Типография "Блиц" 2010
Л1.9	Е.Л.Насонова	Ревматология. Национальное руководство.	«ГЭОТАР-Медиа» 2017
Л1.10	Джайлобаева К.А.,	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения в	Бишкек: КPCУ 2015
Л1.11	Кривошекова Е.В., И.А.Ковалева., В.М.Шипулина	Врожденные пороки сердца	Медицина 2009
Л1.12	Джайлобаева К.А., Мирбакиева Д.М.,	Вопросы диагностики и лечения в гастроэнтерологии: Учеб. пособие	Бишкек: Изд-во КPCУ 2016 http://terlech.krsu.edu.kg/images/files/
Л1.13	Якубчик Т.Н.	Клиническая гастроэнтерология. 3-е издание. Дополненное и переработанное	Гродно: Гр ГМУ 2014
Л1.14	акад. РАМН В.Т.Ивашкин	1. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации. 2-е издание, исправленное и дополненное	«ГЭОТАР-Медиа» 2009
Л1.15	Н.А. Мухина	Нефрология: нац. рук.	ГЭОТАР-Медиа 2009
Л1.16	Мухин Н.А.	Диагностика и лечение болезней почек	2011
Л1.17	А.Р.Раимжанов	Система гемостаза и ДВС-синдром	2012
Л1.18	Волкова С.А.	Основы клинической гематологии	2013
Л1.19	Стуклов Н.И., Козинец Г.И., Тюрина Н.Г	Гематология	2018
Л1.20	Аметов А.С., Шустов С.Б., Халимов Ю.Ш.	Эндокринология. : Учебник для студентов медицинских ВУЗов	Гозтар - Медиа 2016
Л1.21	Сабиров И.С., Бобушева Г.С., Джайлобаева К.А., Абдулкадырова З.А., Мирбакиева Д.М.	Лекционный материал	КPCУ 2018

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Горбачев В.В.	Ишемическая болезнь сердца.	Высшая школа 2008
Л2.2	Моисеев В.С. Киякбаев Г.К	Кардиомиопатии и миокардиты	Гэотар-Медиа 2012
Л2.3	Бейшенкулов М.Т., Чазымова З.М., Тагаева А.К., Калиев К.Р.	Неотложные состояния в кардиологии	2016

Л2.4	Струтынский А.В, Ройтберг Г.Е.	Внутренние болезни. Система органов пищеварения	2007
Л2.5	РАМН Н.А.Мухина, акад. РАМН В.С.Моисеева, акад. РАМН А.И.Мартынова.	Внутренние болезни. 2-е издание + CD в двух томах	ГЭОТАР-Медиа 2011
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Сабиров И.С., Джайлобаева К.А., Бобушева Г.С., Абдулкадырова З.А.	Вопросы пульмонологии: Учебное пособие для внеаудиторной подготовки студентов старших курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
Л3.2	Сабиров И.С., Бобушева Г.С., Исакова Г.Б., Юсупов С.А.	Этиопатогенез, диагностика и лечение нагноительных заболеваний легких: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2008
Л3.3	Д.М. Мирбакиева, К.А. Джайлобаева, И.С. Сабиров и др.	Вопросы дифференциальной диагностики и лечения заболеваний почек	2012
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"		
Э2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)		
Э3	www.med-edu.ru/articles		
Э4	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)		
Э5	snsk.az/snsk/file/2013-05-29_11-04-55.pdf		
Э6	http://webmed.irkutsk.ru/pulm.htm		
Э7	http://scardio.ru		
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий			
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии			
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы студентов.		
6.3.1.2	Таблицы моделей по различным заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательного аппарата.		
6.3.1.3	Система мультимедиа и компьютер		
6.3.1.4	Диски, аудиозаписи по аускультации сердца, рентгенографии органов дыхания при различных заболеваниях.		
6.3.1.5	Кабинеты в ЦИПО (Аламедин - 1)		

6.3.1.6	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся ситуационные задачи, ролевые игры, работа в малых группах, научно-практические конференции.
6.3.1.7	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет - ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации.
6.3.1.8	Доступ к компьютерам (Аламедин 1, ул.Льва-Толстого)
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	snsk.az/snsk/file/2013-05-29_11-04-55.pdf
6.3.2.2	http://webmed.irkutsk.ru/pulm.htm
6.3.2.3	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.4	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.5	http://www.med-edu.ru/articles
6.3.2.6	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)
6.3.2.7	http://medulka.ru/vnutrennie-bolezni/books-page/1
6.3.2.8	http://scardio.ru

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Национального центра кардиологии и терапии, который имеет 10 отделений: острого инфаркта миокарда, нарушений ритма, АГ, ХСН, горная медицина, пульмонология, ревматология, нефрология, гастроэнтерология, КБС. 3 реанимационных отделения. Коечный фонд 280. Отделение пульмонологии НГ на 30 коек.
7.2	Имеется 7 стандартно оборудованных учебных комнаты (столы, стулья, вешалки, доски), 85 посадочных места. 2 лекционных зала на 200 человек и на 50 человек
7.3	Программные, технические и электронные средства обучения и контроля знаний: компьютерное и мультимедийное оборудование; диски обучающих программ;
7.4	Электронная библиотека дисциплины в библиотеке КГМА(медфакультет арендует);
7.5	Адреса сайтов российских издательств по внутренним болезням.
7.6	Аудиолекции зав. кафедрой, академика М.М. Миррахимова по отдельным темам внутренних болезней.
7.7	Традиционные аналоговые обучающие издания: опорные конспекты лекций, методические пособия для изучения теоретического материала и т.д.
7.8	Технические средства обучения, используемые при обучении госпитальной терапии студентов 6 курса медфакультета КРСУ:
7.9	Таблицы моделей по различным заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательного аппарата.
7.10	Система мультимедиа и компьютер
7.11	Диски, аудиозаписи по аускультации сердца, рентгенографии органов дыхания при различных заболеваниях.
7.12	Диски с лекциями по семейной медицине.
7.13	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). У студентов имеется доступ к информационным стендам (4 шт.), плакатам (100шт), электронной библиотеке (30 учебников), базе клинического материала (ЭКГ, наборы анализов, рентгенпленок).

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p>Технологическая карта дисциплины в Приложении №6.</p> <p>Методические рекомендации по изучению дисциплины.</p> <p>Рекомендации при использовании материалов учебно-методического комплекса.</p> <p>Специфика в изучении госпитальной терапии заключается в использовании основных учебно-методических приемов: работа студентов на лекциях, практических занятиях, при изучении отдельных тем использование наглядных пособий (плакаты, муляжи, мультимедийные слайды), с последующей демонстрацией тематических больных, а также разбор и курация тематических больных.</p> <p>Методические рекомендации для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по изучению дисциплины: Изучение теоретической части дисциплины призвано не только углубить и закрепить знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию у студентов творческих навыков, инициативы и организации своего свободного времени.</p> <p>Самостоятельная работа студента при изучении дисциплины включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - чтение рекомендованной литературы, интернет - источников и усвоение теоретического материала дисциплины; - подготовку к различным формам контроля (опрос, ситуационная задача, контрольная работа, тест, ЭКГ, анализ); <p>Планирование времени, необходимого на изучение дисциплины, студентам необходимо осуществлять в течение всего семестра, предусматривая при этом регулярное повторение материала.</p>

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине в пределах часов, отводимых на это. Изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение студентов способствует формированию у них этико - деонтологических навыков общения с пациентами.

Исходный уровень знаний студентов определяется срезом знаний, текущим контролем усвоения дисциплины, а также устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Пример выполнения в Приложении №2. Шкалы оценивания

ДОКЛАД

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада: выбор темы; консультация преподавателя; подготовка плана доклада; работа с источниками и литературой, сбор материала; написание текста доклада; оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению; выступление с докладом, ответы на вопросы.

РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с интересами студента и должна соответствовать приведенному примерному перечню. пункт 5.3

2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи).

3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом Times New Roman, 14. Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов.

Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге. Автор И.О.

Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

Примерное содержание работы: Наименование: Объем: 13-15 стр.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ в Microsoft Power Point

Презентация дает возможность наглядно представить инновационные идеи, разработки и планы. Учебная презентация представляет собой результат самостоятельной работы студентов, с помощью которой они наглядно демонстрируют материалы публичного выступления перед аудиторией. Компьютерная презентация – это файл с необходимыми материалами, который состоит из последовательности слайдов. Каждый слайд содержит законченную по смыслу информацию, так как она не переносится на следующий слайд

автоматически в отличие от текстового документа. Одной из основных программ для создания презентаций в мировой практике является программа PowerPoint компании Microsoft.

Структура презентации:

Удерживать активное внимание слушателей можно не более 15 минут, а, следовательно, при среднем расчете времени просмотра – 1 минута на слайд, количество слайдов не должно превышать 15-ти.

Первый слайд презентации должен содержать тему работы, фамилию, имя и отчество исполнителя, номер учебной группы, а также фамилию, имя, отчество, должность и ученую степень преподавателя. На втором слайде целесообразно представить цель и краткое содержание презентации. Последующие слайды необходимо разбить на разделы согласно пунктам плана работы. На заключительный слайд выносятся самое основное, главное из содержания презентации. Рекомендации по оформлению презентаций в Microsoft Power Point:

Для визуального восприятия текст на слайдах презентации должен быть не менее 18 пт, а для заголовков – не менее 24 пт.

Макет презентации должен быть оформлен в строгой цветовой гамме. Фон не должен быть слишком ярким или пестрым.

Текст должен хорошо читаться. Одни и те же элементы на разных слайдах должны быть одного цвета. Пространство слайда (экрана) должно быть максимально использовано, за счет, например, увеличения масштаба рисунка. Кроме того, по возможности необходимо занимать верхние $\frac{3}{4}$ площади слайда (экрана), поскольку нижняя часть экрана плохо просматривается с последних рядов. Каждый слайд должен содержать заголовок. В конце заголовков точка не ставится. В заголовках должен быть отражен вывод из представленной на слайде информации. Оформление заголовков заглавными буквами можно использовать только в

случае их краткости. На слайде следует помещать не более 5-6 строк и не более 5-7 слов в предложении. Текст на слайдах должен хорошо читаться. При добавлении рисунков, схем, диаграмм, снимков экрана (скриншотов) необходимо проверить текст этих элементов на наличие ошибок. Нельзя перегружать слайды анимационными эффектами – это

отвлекает слушателей от смыслового содержания слайда. Для смены слайдов используйте один и тот же анимационный эффект.

Студенты изучают методику обследования больного, отрабатывают практические навыки в группе, работают с больными в стационаре под руководством педагога.

Для работы рекомендовано использовать методические рекомендации к практическому занятию, плакаты, таблицы, методические разработки кафедры – СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. Заключительным этапом работы является курация больного

РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ проводится с использованием письменного опроса, решения ситуационных задач, ЭКГ или анализа.

Предлагаемые тесты для промежуточной аттестации являются односложными, с одним правильным ответом.

Расшифровка ЭКГ означает ответы согласно протоколу:

1. Ритм правильный, неправильный
2. Ритм синусовый, несинусовый
3. Положение ЭОС
4. ЧСС
5. Характеристика интервалов и зубцов желудочкового комплекса в грудных отведениях.

Заключение.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 9-10 сем.

1. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПОРАЖАЮТСЯ

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

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

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

3. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

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

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

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

5. ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

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

6. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

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

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

А) ГКМП с обструкцией выносящего тракта ЛЖ Б) недостаточности аортального клапана

В) ДКМП

Г) постинфарктном кардиосклерозе

8. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

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

9. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ

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

Г) карциноме желчного пузыря

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) преднизолон
- Б) циклоспорин
- В) триамцинолон
- Г) ламивудин

11. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОМЕМБРАННОЗНОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

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

12. ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

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

13. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

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

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

А) синдром Золлингера-Эллисона Б) язвенную болезнь с локализацией в желудке

В) язвенный колит Г) хронический панкреатит

15. ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ» СПОСОБЕН СПРОВОЦИРОВАТЬ

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

16. ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

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

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

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

18. У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

А) нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ

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

19. СИНДРОМ ОТМЕНЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

24. ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ <30 МЛ/МИН/1,73М² ГИПЕРКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ

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

25. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

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

26. ПОДБОР ДОЗЫ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ А)

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

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

А) нестероидными противовоспалительными средствами
Б) агонистами П1-имидазолиновых рецепторов
В) блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов
Г) частичными агонистами никотиновых рецепторов

28. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

А) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
Б) аллапинин, пропafenон, этализин В)
метопролол, бетаксалол, бисопролол Г)
амиодарон, соталол, дронедазон

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

А) аллапинин, пропafenон, этализин
Б) хинидин, новокаинамид, дизопирамид
В) метопролол, бетаксалол, бисопролол
Г) амиодарон, соталол, дронедазон

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

А) метопролол, бетаксалол, бисопролол
Б) аллапинин, пропafenон, этализин В)
хинидин, новокаинамид, дизопирамид Г)
амиодарон, соталол, дронедазон

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

А) амиодарон, соталол, дронедазон
Б) метопролол, бетаксалол, бисопролол
В) аллапинин, пропafenон, этализин
Г) хинидин, новокаинамид, дизопирамид

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

А) аминопенициллины

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

34. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

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

35. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АСИСТОЛИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОМ А) пропранолола Б) фенобарбитала В) спиронолактона Г) фебуксостата

36. НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ КОМБИНАЦИИ ДИГОКСИНА С

- А) амиодароном, хинидином, верапамилом
- Б) аторвастатином, нифедипином, клопидогрелом
- В) вальсартаном, фенофибратом, амлодипином
- Г) цетиризин, омепразолом, деносумабом

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

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

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

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

39. ПОДБОР СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДАБИГАТРАНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) 7
- Б) 14
- В) 21
- Г) 28

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

- А) 3
- Б) 6
- В) 9
- Г) 12

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

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

47. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

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

48. ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ

ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ _____ СИНДРОМА

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

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

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

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

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

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

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

52. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

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

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

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

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

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

55. ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ

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

- В) витамина К
- Г) алкогольдегидрогеназы

56. К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

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

57. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

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

58. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ

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

59. ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА В КРОВИ СНИЖЕНО СОДЕРЖАНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

63. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ _____ ЛОКАЛИЗАЦИИ

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) 30
- Б) 20
- В) 90
- Г) 15

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

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

69. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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

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

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

72. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЮТСЯ А) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и относительной толщины стенок левого желудочка Б) увеличение индекса массы миокарда левого желудочка и нормальная величина относительной толщины стенок левого желудочка

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

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

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

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

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

75. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК С3А СТАДИИ ПРОТИВОПОКАЗАН

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

76. ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

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

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

- А) β -адреноблокаторы

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

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

- А) β -адреноблокаторы
- Б) диуретики В) α -адреноблокаторы
- Г) препараты центрального действия

79. ЖИДКОСТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАПИИ

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

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

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

81. КОНТРОЛЬ АДЕКВАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ А) МНО Б) уровня фибриногена

- В) протромбиново о индекса
- Г) С-реактивного белка

82. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ

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

83. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ

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

84. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

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

85. К ПРИЗНАКАМ ДВС-СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ _____

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

86. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

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

87. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А) ДВС-синдроме Б) железодефицитной анемии В)

гемолитической анемии Г)
эссенциальной тромбоцитемии

88. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

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

89. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А) острой тромбоцитопенической пурпуре Б) железодефицитной анемии В)

гемолитической анемии Г) эритремии

90. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А) остром лейкозе Б) эритремии

В) гемолитической анемии
Г) эссенциальной тромбоцитемии

91. ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

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

**92. АНЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

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

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

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

94. ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ

А) цитостатиков Б) гормональных контрацептивов

В) колониестимулирующего фактора Г) эритропоэтина

95. НАЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ

А) артериальную гипертензию

Б) тошноту и рвоту

В) лихорадочный синдром

Г) тромбоцитопению

96. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ

А) леналидомид

Б) интерферон альфа

В) интерферон бета

Г) колониестимулирующий фактор

97. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ

А) бортезомиб

Б) колхицин

В) интерферон бета

Г) колониестимулирующий фактор

98. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ОТНОСИТСЯ А)

агранулоцитоз Б) тромбоз В)

сыпь на коже Г)

насморк

99. ЭРИТРОПОЭТИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А) анемии при хронической болезни почек

Б) анемии при острой почечной недостаточности

В) анемии, аутоиммунном гемолизе

Г) лейкопении при воздействии цитостатиков

100. В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИСУТСТВУЮТ

А) плазмаферез и свежемороженная плазма

Б) антиагреганты и активаторы фибринолиза

В) антикоагулянты, , антифибринолитики Г)

антикоагулянты и активаторы фибринолиза

101. МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) переливание достаточных объемов свежемороженной плазмы

Б) введение не менее 1 л теплой донорской крови В) проведение

плазмафереза в объеме 1 л эксфузии Г) назначение препаратов

фактор протромбинового комплекса

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

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

103. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПАТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С ПРИЕМОМ

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

104. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

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

105. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕБНЫХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

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

106. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗАХ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

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

107. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДОЗ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

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

108. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

109. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ПРИМЕНЯЮТ

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

110. БОЛЕЗНЬ ВИЛЛЕБРАНДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) тромбоцитопатией
- Б) тромбозами и геморрагиями

- В) васкулитно-пурпурной кровоточивостью
- Г) тромбоцитопенией

111. СТЕРНАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

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

112. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ

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

113. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ

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

114. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ДОЛЖНЫ

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

115. БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ДОЛЖНЫ

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

116. БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ ДОЛЖНЫ

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

117. ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА

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

118. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ СЛЕДУЕТ

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

119. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЕМОФИЛИИ

ПРОВОДИТСЯ

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

120. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ

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

121. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ

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

122. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

протей

125. ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ВЫПОТАХ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

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

126. ПРИ ОСТРОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

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

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

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

128. ДИФФУЗНЫЙ ПНЕВМОСКЛЕРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ У БОЛЬНЫХ

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

129. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

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

130. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

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

131. КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

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

132. ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

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

133. ПЕРКУТОРНО ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ _____ МЛ

- А) 500
- Б) 100
- В) 50
- Г) 1000

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

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

135. ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

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

136. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

137. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

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

138. НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ С

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

139. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ БРОНХОЛИТИКОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

142. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

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

143. ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ

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

144. РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ

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

145. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

146. ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

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

147. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К ТРОМБОЗУ, ЯВЛЯЮТСЯ

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

148. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

150. ТРЕТЬЕЙ А СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 3А) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ _____ МЛ/МИН/1,73М2

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

151. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ _____ МЛ/МИН/1,73М²

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

152. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТ ЯВЛЯЕТСЯ

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

153. К ANTIAPITMИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ А) амиодарон Б) хинидин В)

- лидокаин Г)
- пропафенон

154. ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ПРОВОДЯТ

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

155. САМЫМ БЫСТРЫМ ТЕМПОМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

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

156. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ СУБСТРАТАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

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

157. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ

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

158. ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАТРАГИВАЕТ

- А) слизистую оболочку

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

159. В СТАДИИ РЕМИССИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

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

160. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

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

161. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНЫХ ПРОБ МОЖЕТ ПРЕРВАТЬ ПРИСТУП

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

162. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВАЖНЕЙШИМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ А)

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

163. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

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

164. ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

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

165. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) лидокаин Б)

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

166. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ

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

- В) тромбиновое время
- Г) уровень ретикулоцитов

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

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

176. ОСНОВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ПЕРИОДА СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ А) острая почечная недостаточность Б) прогрессирующий травматический отек конечности

- В) некроз кожи и мышц конечности
- Г) острая печеночная недостаточность

177. СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

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

178. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А ОБУСЛОВЛЕН ДЕФИЦИТОМ

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

179. ДЕСТРУКЦИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ

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

180. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ

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

181. ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

182. ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) относительная коронарная недостаточность

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

183. АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ

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

184. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

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

185. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

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

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

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

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

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

189. РЕФЛЕКТОРНОЕ КУПИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ВОЗМОЖНО ПРИ

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

190. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

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

191. ДЛЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ

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

192. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

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

193. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

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

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

195. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В АНАЛИЗАХ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

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

196. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ТОЧНО УСТАНОВЛЕН ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ

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

197. УРОВЕНЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК, СООТВЕТСТВУЕТ _____ МЛ/МИН.

- А) 30
- Б) 60
- В) 20
- Г) 15

198. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ДВС-СИНДРОМА ЛЕЖИТ

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

199. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

201. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

эхокардиографии Б) ЭКГ с физической нагрузкой

- В) радионуклидного сканирования сердца
- Г) рентгенографии органов грудной клетки

203. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

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

204. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

205. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

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

206. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

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

207. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У МУЖЧИНЫ 68 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ, СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ И ЛЕЙКОЦИТАМИ 84×10^9 /Л (П/Я 2, С/Я 18, Л 72, М 8)

- А) хронический лимфолейкоз

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

208. ПРИ ГЕМОФИЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ

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

209. ДЛЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНО

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

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

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

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

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

212. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

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

213. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЧАЩЕ СОПУТСТВУЕТ

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

214. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, ПРИМЕНЯЮТ

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

215. ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

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

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

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

217. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

218. БЕЗОПАСЕН ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БРАДИКАРДИИ

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

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

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

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

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

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

- А) 30
- Б) 20
- В) 10
- Г) 40

222. НАЛИЧИЕ ФИЛАДЕЛЬФИЙСКОЙ ХРОМОСОМЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) хронического миелолейкоза
- Б) сублейкемического миелоидоза
- В) острого эритромиелоидоза
- Г) острого миеломоноцитарного лейкоидоза

223. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

- А) плазмоцитами

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

224. ФЕРМЕНТОМ, МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИМ АЛКОГОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

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

225. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

226. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

Г) повышение уровня мочевины более 10 ммоль/л

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

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

229. В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

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

230. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА ЯВЛЯЕТСЯ

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

231. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) сульфасалазин

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

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

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

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

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

234. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕОБХОДИМА ДИЕТА

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

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

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

236. КЛЕТКИ БОТКИНА–ГУМПРЕХТА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

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

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ 11-12 сем

1. УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ РЕГУЛИРУЮТ ФАКТОРЫ

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

2. ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТОНУС СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эндотелин
- Б) адреналин

- В) адренокортикотропнин
- Г) оксид азота

3. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

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

4. ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

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

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

- А) 1,7
- Б) 1,2
- В) 1,0
- Г) 0,7

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

- А) 0,5
- Б) 2,5
- В) 1,5
- Г) 2

7. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/М²

- А) 125
- Б) 115
- В) 110
- Г) 105

8. К АССОЦИИРОВАННОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ

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

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

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

10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

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

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

11. БОЛЬНЫЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЧИТАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ _____ СИНДРОМА

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

12. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА

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

13. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

16. ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ТИПИЧНА ДЛЯ

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

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

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

18. [T022960] ПРИ РАЗВИТИИ ИФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

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

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

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

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

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

21. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

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

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

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

23. ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ _____ММОЛЬ/Л

- А) 1,8
- Б) 2,5
- В) 3,0
- Г) 3,5

24. ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ

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

25. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

Г) гипертрофия левого желудочка

26. К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

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

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

- А) 1,8
- Б) 2,0
- В) 2,5
- Г) 3,0

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

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

29. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

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

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

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

31. КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

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

32. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

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

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

- А) фозиноприлу
- Б) лизиноприлу

- В) периндоприлу
- Г) каптоприлу

34. ПРИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

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

35. НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ

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

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

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

37. К АНТАГОНИСТАМ МИНЕРАЛКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ

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

38. К КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

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

39. К ПОСТСИНАПТИЧЕСКИМ БЛОКАТОРАМ -альфа1 – АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ОТНОСИТСЯ

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

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

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

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

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

Ситуационные задачи по госпитальной терапии (9-10 семестры)

Задача по терапии с ответом 1

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

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 1:

ЭКГ - прилагается.

1. Общий анализ крови : эр. - 4,5x10¹², лейкоц. - 10,5x10⁹, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
2. Свертываемость крови - 3 мин.
3. ПТИ - 100 %.
4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
5. Рентгенография - прилагается.

Эталон ответов к задаче по терапии 1

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

Задача по терапии с ответом 2

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

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

Общий анализ крови : эр. - 4,3 x 10¹², лейкоц. - 9,2 x 10⁹, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час.

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 2 :

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

Эталон ответов к задаче по терапии 2

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

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

Задача по терапии с ответом 3

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

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 3 :

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

Эталон ответов к задаче по терапии 3

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

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

5. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета. Задача по терапии с ответом 4

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

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 4 :

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление политопности экстрасистол, групповых, определение количества экстрасистол в час - более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,7 см); снижение сократительной способности миокарда.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% , свертываемость - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п - 1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - 6,0x10⁹/л, СОЭ - 4 мм/час. Эталон ответов к задаче по терапии 4

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу экстрасистолии (вероятно желудочковой).

2. План обследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, велоэргометрия, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

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

4. Лечение: В-блокаторы, кордарон, этмозин, аллопенин, ритмонорм. Оценка эффективности лечения по суточному мониторингованию - уменьшение количества экстрасистол на 70%. Задача по терапии с ответом 5 Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 5 :

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

Эталон ответов к задаче по терапии 5

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.

2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.

3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).

4. Лечение:

терапия гипертензивного криза;

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

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

Задача по терапии с ответом 6 Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

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

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

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 6 :

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

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

с гипертензией вследствие сгущения крови при эритремии;

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

Задача по терапии с ответом 7

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

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

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

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 7 :

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

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

Эталон ответов к задаче по терапии 7

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

Задача по терапии с ответом 8

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

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

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 8 :

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

Эталон ответов к задаче по терапии 8

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

Задание к задаче по терапии

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

Результаты дополнительного обследования к задаче по терапии 9 :

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

Эталон ответов к задаче по терапии 9

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

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

Ситуационные задачи по госпитальной терапии (11-12 семестры)

Задача №1

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

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

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

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

Вопросы:

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

Задача №2

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

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

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

Вопросы:

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

Задача №3

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

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

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

санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты.

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

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

В анализах: лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м².

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

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

Вопросы:

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

Предложите и обоснуйте тактику дальнейшего лечения

Задача №4

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

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

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на

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

Результаты исследований:

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

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямой билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%.

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

Вопросы:

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

Задача № 5

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

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

12

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты -

9

$10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 25 мм/час. Анализ мочи - без патологии.

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

Вопросы:

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

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

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

АНАЛИЗЫ

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА

КОНСИСТЕНЦИЯ -кашицеобразная

ФОРМА - неоформленный, жидкий

СЛИЗЬ - +

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА

НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- в значительном количестве

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА ПЕРЕВАРЕННЫЕ - встречаются

МЫЛА- отсутствуют

КРАХМАЛ-отсутствует

ЛЕЙКОЦИТЫ – в большом количестве

ЭРИТРОЦИТЫ –свежие в большом количестве

ЭОЗИНОФИЛЫ –в большом количестве

ЭПИТЕЛИЙ - ++

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

ЯГЛИСТОВ – не найдены

РЕАКЦИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ +

РЕАКЦИЯ НА СТЕРКОБИЛИН +

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КАЛА

КОНСИСТЕНЦИЯ –мазевидная

КОЛИЧЕСТВО –полифекалия (больше 1 кг)

ФОРМА - неоформленный

ЦВЕТ- серо/желтый

ЗАПАХ -зловонный

РЕАКЦИЯ - щелочная

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

РАСТИТЕЛЬНАЯ КЛЕТЧАТКА НЕПЕРЕВАРЕННАЯ- ++

МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА- +++

СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ++

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ -++

МЫЛА- +

КРАХМАЛ-+++

ЙОДОФИЛЬНАЯ ФЛОРА: ++

ЛЕЙКОЦИТЫ – 2-3 в пз.

ЭРИТРОЦИТЫ –0-1 в пз

ПРОСТЕЙШИЕ – не найдены

ЯГЛИСТОВ – не найдены

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

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

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

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

СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ -5620 мг/сут,

СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 780 мл

СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ 15620 мг/сут,

СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 1100 мл

СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ БЕЛКА С МОЧОЙ 10500

мг/сут, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ – 1300 мл

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ

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

ЭЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЛОКНА- нет
БАКТЕРИИ- +

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

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

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

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

АНАЛИЗ КРОВИ 6Б

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

СОЭ-67 мм/ч.

В трепанобиоптате: замещение костного мозга жировой тканью.

АНАЛИЗ КРОВИ 6В

Эритроциты- $2,4 \times 10^{12}$ /л,

ЦП-0,81

Лейкоциты - $3,2 \times 10^9$ /л,

Палочко/я - 6%,

Сегменто/я - 73%,

Лимфоциты - 15%,

Моноциты - 6%,

Эозинофилы –нет.

Тромбоциты - $136,0 \times 10^9$ /л,

Ретикулоциты- 7%

СОЭ-19 мм/ч

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

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

Печеночные тесты:

Общий белок –76,4 г/л

Альбумины –58,2 %

Глобулины –41,8 %

не прямой-10,2 мкмоль/л

Альфа1- 5,2 %

Альфа2- 6,7 %

Бетта-10,2

Гамма-9,5 %

Коэф. А/Г-1,

Билирубин общий-67,5 мкмоль/л

прямой- 57,3 мкмоль/л

тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,9 мл

формоловая проба-отриц.

Щелочная фосфатаза-4,2 мкмоль/л

Печеночные тесты:

Общий белок -75,2 г/л

Альбумины -65,0 %

Глобулины -35,0 %

Альфа1- 5,6 %

Альфа2- 6,8 %

Бетта-10,5 %

Гамма-19 %

Коэф. А/Г-1,5

Билирубин:

общий-40,2 мкмоль/л

прямой-неопределяется

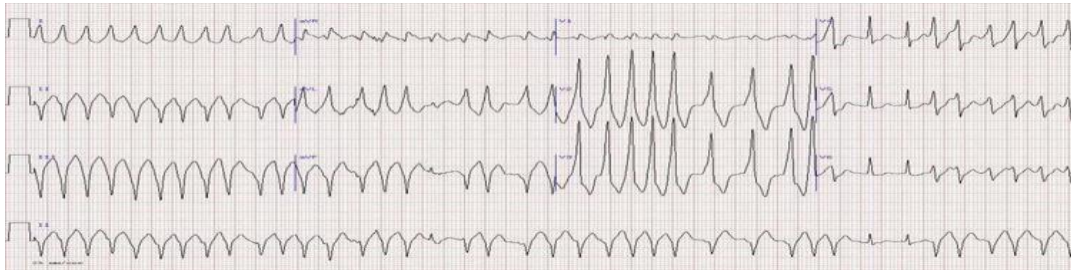
тимоловая проба-1,5 ед

сулемовая проба-1,8 мл

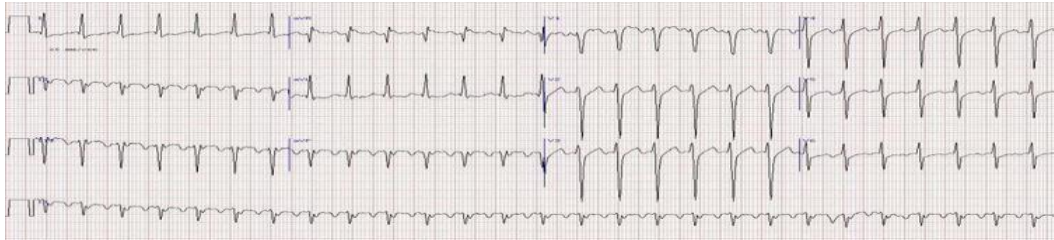
формоловая проба-отрицательная

Возраст 32 года. Аорта –не изменена (d-3,0 см). Аортальный клапан- не изменен, Раскрытие-1,8 см. Градиент давления систолич. - 5,0 мм рт ст. Степень регургитации – нет. Митральный клапан- створки уплотнены. Градиент давления диастолич.-8 мм рт ст. Регургитации нет. Трикуспидальный клапан –створки уплотнены, подвижность сохранена Степень регургитации (+). Легочная артерия - не расширена. Средний ЛАД- 24 мм рт ст. Левое предсердие –4,0 см. Левый желудочек КДР- 5,0 см. КСР- 3,4 см. ФВ- 69 %. Толщина ЗСЛЖ- 1,3 см. Толщина МЖП- 1,5 см. Правый желудочек –2,2 см. ПСПЖ- 0,4 см. Правое предсердие – не расширено. Межпредсердная перегородка – не изменена. Перикард -без особенностей. Нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено.

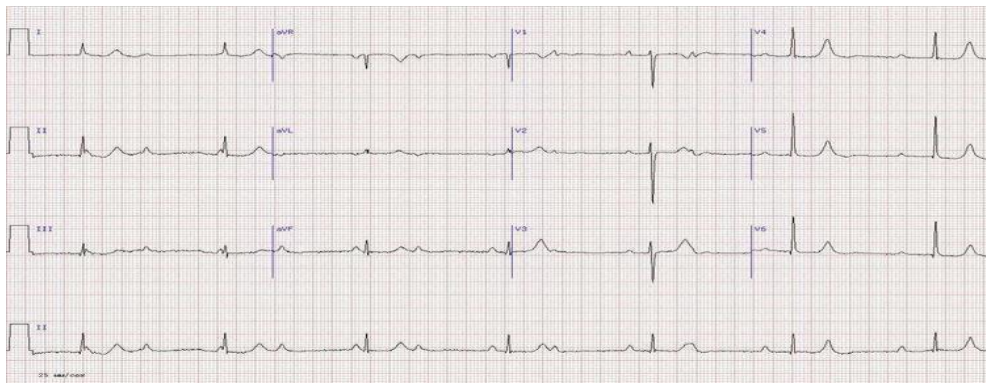
ЭКГ



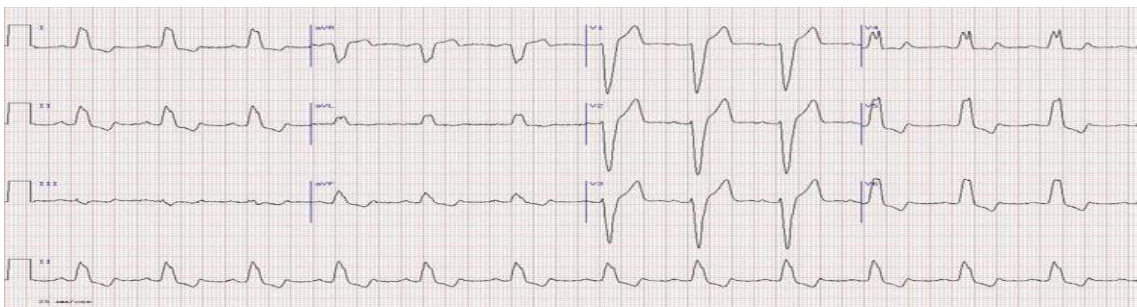
Желудочковая пароксизмальная тахикардия



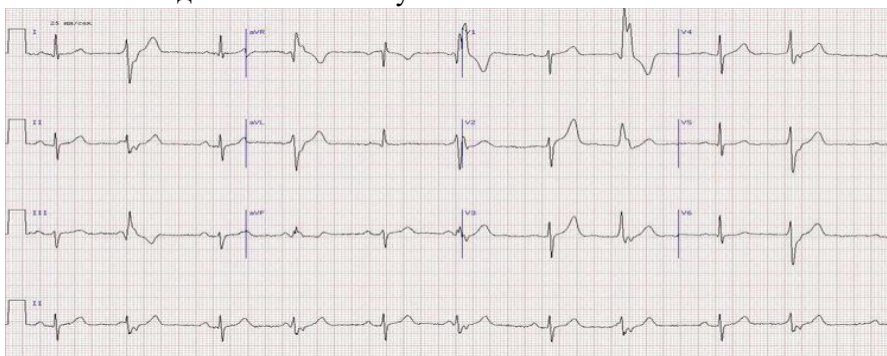
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



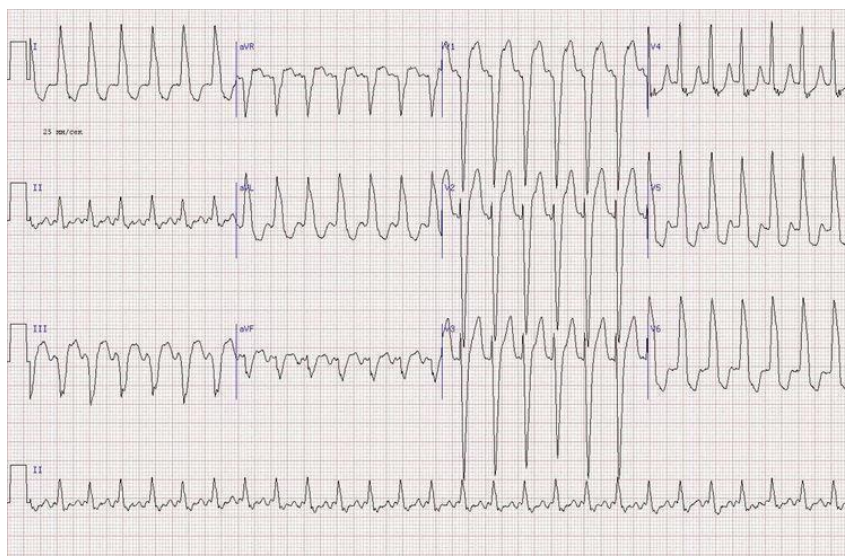
Полная АВ блокада проксимальный тип



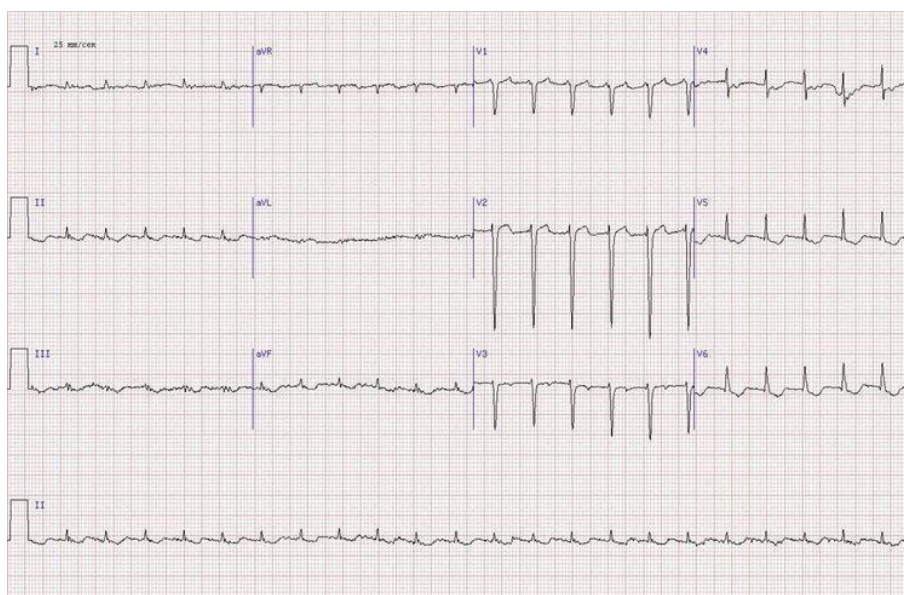
Полная блокада левой ножки пучка Гиса



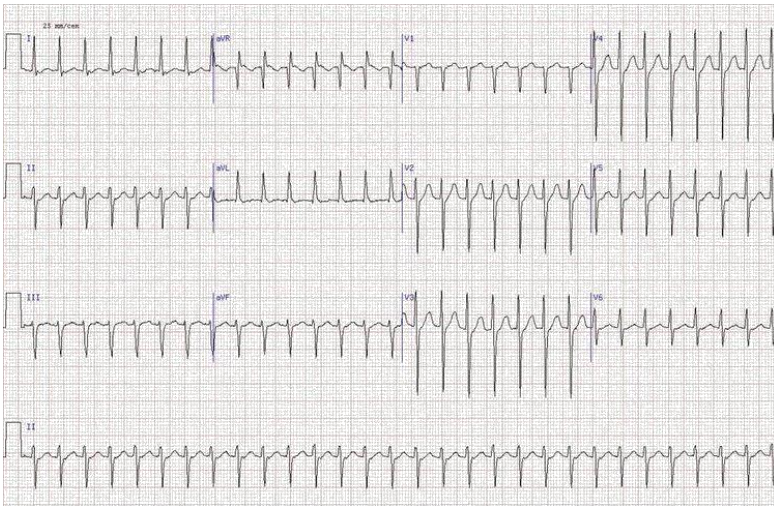
Ритм синусовый, правильный, ЧСС - 60 уд/мин. ЭОС влево. Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии



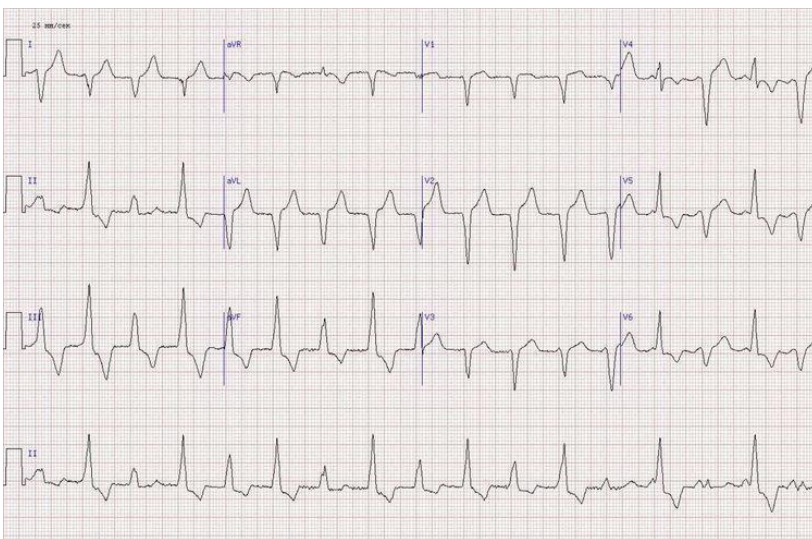
Пароксизмальная желудочковая тахикардия, ГЛЖ



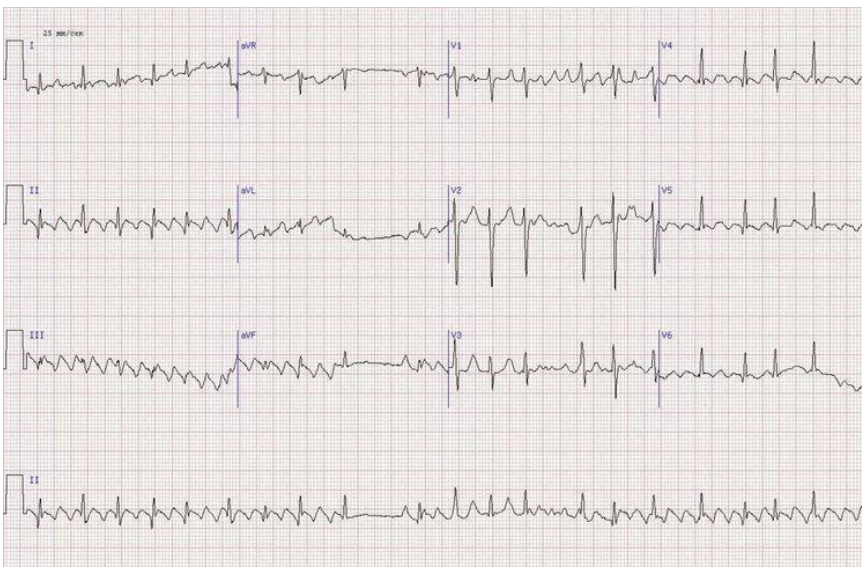
Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия



Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. ГЛЖ, ГПЖ



Экстрасистолическая аритмия по типу бигемении



Трепетание предсердий с неправильным проведением с А-В блокадой



Полная блокада правой ножки пучка Гиса R-тип ГПЖ

Приложение 5

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

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

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Пример задачи

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

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

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

Указания к оцениванию ситуационных задач (в %)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИИ

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

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

Устный опрос

При оценке устного опроса учитываются следующие критерии:

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

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

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (в %)

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИЗОВ

Оценивается наличие полной интерпретации лабораторных анализов.

При интерпретации анализов:

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЭКГ

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

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

Приложение № 6
Технологическая карта дисциплины «Госпитальная терапия» семестры 9-10, количество ЗЕ – 2, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный максимум		
			Зачетный максимум	Зачетный максимум	
Семестр 9					
Модуль №1					
Общие вопросы. Пульмонология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации).	5	15	3/13
	Рубежный контроль	Контрольная работа №1 (письменный опрос, ситуационная задача, анализы, ЭКГ).	15	20	
Модуль №2					
Кардиология	Текущий контроль	Устный опрос, практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации).	5	15	9/19
	Рубежный контроль	Контрольная работа №2 (письменный опрос, ситуационная задача, анализы, ЭКГ).	15	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль зачет (тестовый контроль)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Примечание:

1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.
2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.
3. За активное участие в НИРС – 3 балла.

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачеты	Зачеты	Зачеты
Семестр 10					
Модуль №3					
Ревматология, гастроэнтерология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации).	5	15	27/38
	Рубежный контроль	Контрольная работа №3 (письменный опрос, ситуационная задача, анализ, ЭКГ).	5	20	
Модуль №4					
Нефрология, гематология	Текущий контроль	Устный опрос. Практические навыки диагностического обследования, посещаемость. Рефераты (доклады или презентации).	5	15	32/43
	Рубежный контроль	Контрольная работа №4 (письменный опрос, ситуационная задача, анализ, ЭКГ).	5	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль экзамен			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 6, семестр 11, количество ЗЕ – 4 отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачеты	Зачеты	Зачеты
11 семестр					
Модуль №1					
Общие вопросы. Пульмонология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость,	2	3	

	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ. КР№1	2	3	4
Модуль № 2					
Пульмонология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, практические навыки стационарного обследования пациента, СРС, посещаемость,	2	3	6
	Рубежный контроль	Письменно 2 вопроса по дифференциальному диагнозу и дифференциальной терапии нозологий, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ. КР№2	2	3	
Модуль №3					
Кардиология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, СРС, презентация, посещаемость	3	4	13
	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса по клинике и по лечению, неотложные состояния, ситуационная задача, ЭКГ- пленка. КР №3	3	5	
Модуль №4					
Кардиология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, СРС, презентация, посещаемость	3	4	17
	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса по клинике и по лечению, неотложные состояния, ситуационная задача, ЭКГ- пленка. КР № 4	3	5	
Всего за семестр			20	30	
Промежуточный контроль зачет			20	30	

Семестровый рейтинг по дисциплине	40	60	
-----------------------------------	----	----	--

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

Технологическая карта дисциплины

Специальность «Лечебное дело»

Курс 6, семестр 12, количество ЗЕ – 5 отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (период семестра)
Семестр 12					
Модуль № 4					
Ревматология 1	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, презентация, посещаемость,	2	3	26
	Рубежный контроль	Письменный опрос- 2 вопроса по клинике и лечению, неотложные состояния ситуационная задача, ЭКГ. КР№4	2	3	
Модуль № 5					
Ревматология 2	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, презентация, посещаемость	2	3	28
	Рубежный контроль	Письменный опрос,- 2 вопроса по клинике и лечению, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ КР№ 5	2	3	
Модуль № 6					
Гастроэнтерология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, презентация, посещаемость,	2	3	32
	Рубежный контроль	Письменный опрос- 2 вопроса по клинике и лечению, неотложные состояния, сит. задача, анализ КР № 6	2	3	
Модуль № 7					
Нефрология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, презентация, посещаемость	2	3	35

	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ КР№7	2	3	
Модуль № 8					
Эндокринология Гематология	Текущий контроль	Конспект, фронтальный опрос, срез знаний, реферат, доклад, презентация, посещаемость	2	3	40
	Рубежный контроль	Письменный опрос 2 вопроса, неотложные состояния, ситуационная задача, анализ КР№8	2	3	
Всего за семестр			20	30	
Промежуточный контроль экзамен			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			40	60	

Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.