ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе
_____А.А. Цыглин
"29" июня 2018 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Факультетская терапия

Разработчик	Факультетская терапия
Направление (специальность) подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Наименование ООП	31.05. 01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
ФГОС ВО	Утвержден приказом МОН РФ от 09.02.2016г. № 95

СОГЛАСОВАНО
Председатель УМС специальности
31.05.01 Лечебное дело
_____ Д.А. Валишин
"29" июня 2018 г.

Начальник отдела качества
образования и мониторинга
_____ А.А. Хусаенова
"29" 06 2018 г.

Одобрено на заседании
кафедры факультетской терапии
от 27.06.2018г., протокол № 14

Утверждено на заседании ЦМК терапевтических дисциплин от 28.06.2018г., протокол № 7

1. Цель и задачи ФОМ(ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) –установить уровень сформированности компетенций у обучающихся специалитета, изучивших **дисциплину** «Факультетская терапия».

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины «Факультетская терапия» является проверка знаний, умений и владений обучающегося согласно матрице компетенций рассматриваемого направления подготовки.

Паспорт тестового материала по дисциплине «Факультетская терапия»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Факультет	лечебный
2.	Кафедра	Факультетская терапии
3.	Автор-разработчик	доц. Макеева Г.К., доц. Амирова, асс. Хакимова Р.А.
4.	Наименование дисциплины	Факультетская терапия
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	324 часов (9 ЗЕ)
6.	Наименование папки	Оценочные материалы
7.	Вид контроля	Промежуточная аттестация
8.	Для специальностей	Лечебное дело
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	750
10.	Количество заданий при тестировании студента	100
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	71 % и более
12.	Для оценки «отл» не менее	91-100%
13.	Для оценки «хор» не менее	81-90%
14.	Для оценки «удовл» не менее	71-80%

15.	Время тестирования (в минутах)	1 час 40 минут

№ П/П	Код компетенций	Тестовые вопросы
1.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) притупление перкуторного звука
		2) бронхиальное дыхание в месте притупления
		3) лихорадка
		4) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		5) ослабление дыхания
2.	**ПК-5**	ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ
		1) бронхиальное дыхание
		2) сухие хрипы
		3) крепитация
		4) влажные хрипы
3.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ
		1) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
		2) картина ателектаза
		3) тяжистый легочный рисунок
		4) очаговые тени
		5) диффузное снижение прозрачности
4.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ
		1) воспалительный процесс в легочной ткани
		2) поражение межреберных нервов
		3) скопление экссудата в плевральной полости
		4) развитие фибринозного воспаления плевры
5.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ГРУДНАЯ КЛЕТКА НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ, СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ НЕТ, ТУПОЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ЗВОНКИЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ И ОТЧЕТЛИВАЯ КРЕПИТАЦИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) долевая пневмония
		2) эмфизема
		3) пневмоторакс
		4) бронхоэктазы
		5) фиброз легкого
6.	**ПК-5**	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) ослабление голосового дрожания, ослабление везикулярного дыхания, крепитация
		2) усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание,

		крепитация
		3) усиление голосового дрожания, жесткое дыхание, крепитация
		4) ослабление голосового дрожания, жесткое дыхание, крепитация
7.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ДЫХАНИИ, ПРИТУПЛЕНИЕ НИЖЕ УРОВНЯ 3-ГО РЕБРА, ТАМ ЖЕ - ОСЛАБЛЕННОЕ ДЫХАНИЕ И СНИЖЕНИЕ БРОНХОФОНИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - СМЕЩЕНИЕ СЕРДЦА ВЛЕВО. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) гидроторакс
		2) крупозная пневмония
		3) ателектаз
		4) пневмоцирроз
		5) пневмоторакс
8.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ В ФАЗЕ ОПЕЧЕНЕНИЯ
		1) отставание одной половины грудной клетки при дыхании
		2) мелкопузырчатые влажные хрипы
		3) притупление соответственно доле
		4) усиленная бронхофония
		5) бронхиальное дыхание в зоне притупления
9.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) цефтриаксон
		2) гентамицин
		3) доксициклин
		4) бисептол
10.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ
		1) амоксициллин
		2) нитроксолин
		3) гентамицин
		4) тетрациклин
11.	**ПК-8**	АНТИБИОТИК 1РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) цефтриаксон
		2) гентамицин
		3) азитромицин
		4) бисептол
12.	**ПК-8**	ГРУППА АНТИБИОТИКОВ 1РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) пенициллины
		2) макролиды
		3) цефалоспорины
		4) аминогликозиды

		5) карбапенемы
13.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ
		1) лейкопения, анемия, тромбоцитопения
		2) лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) лейкоцитоз, тромбоцитоз
		4) лейкоцитоз со сдвигом влево
14.	**ПК-6**	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ
		1) микоплазмы
		2) пневмококк
		3) гемофильная палочка
		4) синегнойная палочка
15.	**ПК-6**	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ
		1) пневмоциста
		2) пневмококк
		3) гемофильная палочка
		4) клебсиелла пневмонии
16.	**ПК-6**	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) частое развитие эмпиемы плевры
17.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) цефтриаксон
		2) амоксициллин
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
18.	**ПК-6**	ДЛЯ ИНФАРКТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ТЭЛА ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) внезапное появление одышки и боли в груди
		3) выраженные симптомы интоксикации
		4) частое развитие эмпиемы плевры
19.	**ПК-6**	ЛЕЙКОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ
		1) хламидиями
		2) пневмококком
		3) золотистым стафилококком
		4) кишечной палочкой
20.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

		1) цефтриаксон
		2) флуконазол
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
21.	**ПК-8**	ПРИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) пенициллин
		2) гентамицин
		3) бисептол
		4) ампиокс
22.	**ПК-5**	ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ
		1) снижение показателей пробы Тиффно
		2) снижение ОФВ1
		3) снижение ЖЕЛ
		4) снижение ЖЕЛ и ОФВ1одновременно добавила этот ответ-сверить эталон!
23.	**ПК-6**	В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ОТМЕЧЕНО МАССОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С МАЛОПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ И ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ДВУСТОРОННЕЕ УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В ПРИКОРНЕВЫХ ОБЛАСТЯХ, ПОЛИМОРФНЫЕ ОЧАГИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ, ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНА. ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ
		1) золотистый стафилококк
		2) микоплазма
		3) пневмоциста
		4) пневмококк
24.	**ПК-6**	ДЛЯ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) интерстициальный характер пневмонии
25.	**ПК-6**	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40^{O}, ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНЬЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ДИАРЕЯ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С ОБЕИХ СТОРОН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ
		1) клебсиелла
		2) палочка Пфейффера

		3) легионелла
		4) золотистый стафилококк
26.	**ПК-6**	ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА
		1) при поступлении в стационар
		2) через 2-3 дня и более после госпитализации
		3) после выписки из стационара
27.	**ПК-6**	ОСЛОЖНЕНИЮ ПНЕВМОНИИ АБСЦЕССОМ СПОСОБСТВУЕТ
		1) курение
		2) гипертоническая болезнь
		3) дефицит IgE
		4) иммунодефицитные состояния
28.	**ПК-6**	ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОСТРЫЙ АБСЦЕСС И ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО, ПРОНИКАЮТ В ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
		1) по бронхам
		2) по лимфатическим сосудам
		3) по кровеносным сосудам
		4) при ранении легкого
29.	**ПК-6**	ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
		1) возбудителей заболевания
		2) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротических процессов в легких над деструктивными
		3) частого присоединения осложнений-кровохарканья и легочного кровотечения, острого пиопневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности
		4) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительного процесса в легких
30.	**ПК-6**	ПОЯВЛЕНИЕ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
		1) смещением органов средостения в больную сторону
		2) усилением дыхательных шумов
		3) высоким стоянием диафрагмы
		4) втягиванием межреберий при вдохе
		5) ослаблением или отсутствием дыхательных шумов на стороне поражения
31.	**ПК-10**	ОСНОВНЫМИ И НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ
		1) санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных антисептических средств
		2) катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку
		3) трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости в легком и введением в нее лекарственных средств

		4) все перечисленное
32.	**ПК-6**	БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ, С ТЯЖЕЛЫМ КАРИЕСОМ ЗУБОВ. В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ЛИХОРАДКА, КАШЕЛЬ С ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЛОСТЬ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА, НАПОЛНЕННАЯ ЖИДКОСТЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) бронхоэктазы
		2) абсцесс
		3) инфаркт легкого
		4) рак легкого
		5) туберкулез
33.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО, СОЕДИНЕННОГО С БРОНХОМ
		1) притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
		2) то же, но смещение в сторону притупления
		3) притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
		4) притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
		5) инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация
34.	**ПК-6**	ПОД ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ
		1) состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается перенапряжением аппарата внешнего дыхания, ведущим к снижению его функциональных возможностей
		2) состояние, при котором не обеспечивается доставка необходимого количества кислорода к периферическим тканям
		3) состояние, при котором имеет место значительное снижение объемов дыхания (ЖЕЛ и др)
		4) состояние, при котором снижение функциональной способности легких (обструктивные и/или рестриктивные изменения) ведет к появлению одышки
		5) состояние, сопровождающееся острой или хронической альвеолярной гипоксией
35.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкопения
		2) нейтрофильный лейкоцитоз
		3) лимфоцитоз
		4) эозинофилия
		5) моноцитоз
36.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ МОКРОТОЙ ДЛЯ II ПЕРИОДА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

		1) слизисто-гнойная мокрота
		2) грязно-гнойная, расслаивающаяся при стоянии на 3 слоя
		3) прозрачная, тягучая, стекловидная
		4) “ржавая” или с прожилками крови
		5) слизистая
37.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО
		1) кристаллы Шарко - Лейдена
		2) лейкоциты
		3) эластические волокна
		4) спирали Куршмана
		5) эритроциты
38.	**ПК-6**	ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОБУСЛОВЛЕНО
		1) воздействием инфекционного фактора-ассоциации гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов
		2) местными условиями, благоприятными для вегетации возбудителей инфекции (при предшествующих хронических неспецифических заболеваниях легких, пороках развития легких и т.д.)
		3) общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, злокачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.)
		4) совокупностью всех перечисленных факторов
39.	**ПК-5**	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ ПРИ ДЫХАНИИ, ТЕМПЕРАТУРА 38°С, ЧД - 28 В МИНУТУ, ПУЛЬС - 100 В МИНУТУ. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СПРАВА ВНИЗУ НЕ ПРОВОДИТСЯ, ТАМ ЖЕ ИНТЕНСИВНОЕ ПРИТУПЛЕНИЕ. ДЫХАНИЕ НАД НИЖНИМ ОТДЕЛОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОСЛАБЛЕНО. ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВЛЕВО. АНАЛИЗ КРОВИ: ЛЕЙК. – $12x10^9$/Л, П/Я - 13%, ЛИМФ. - 13%, СОЭ - 38 ММ/Ч. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) инфильтративный туберкулез легких
		2) плевропневмония
		3) экссудативный плеврит
		4) ателектаз
		5) спонтанный пневмоторакс
40.	**ПК-6**	ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ
		1) пневмококк
		2) стрептококк
		3) стафилококк
		4) легионелла
		5) вирус

41.	**ПК-8**	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ
		1) стойкий выпот
		2) подозрение на эмпиему плевры
		3) подозрение на раковую этиологию
		4) неясные причины выпота
		5) во всех перечисленных случаях
42.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК БРОНХОСПАЗМА
		1) сухие хрипы
		2) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		3) амфорическое дыхание
		4) крепитация
43.	**ПК-5**	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ
		1) рентгеноскопия легких
		2) томография легких
		3) бронхоскопия
		4) бронхография
		5) спирография
44.	**ПК-6**	ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) обратимая бронхиальная обструкция
		2) необратимая бронхиальная обструкция
		3) кашель
		4) кровохарканье
45.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ХОБЛ
		1) вишневый румянец щек
		2) акроцианоз «мраморный», холодный на ощупь
		3) бледность кожных покровов
		4) диффузный цианоз, теплый на ощупь
		5) цвет кожи не изменен
46.	**ПК-6**	МАРКЕРЫ ХОБЛ
		1) эозинофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		2) нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		3) эозинофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		4) нейтрофилы и обратимая бронхиальная обструкция
47.	**ПК-5**	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
		1) число выкуриваемых сигарет в сутки х стаж курения (годы)
		2) число выкуриваемых сигарет в сутки х стаж курения (месяцы)
		3) число выкуриваемых пачек в неделю х стаж курения (недели)
		4) число выкуриваемых сигарет в неделю х стаж курения (дни)
48.	**ПК-5**	ПАЦИЕНТА МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЗЛОСТНОГО

		КУРИЛЬЩИКА, ЕСЛИ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА (ИКЧ)
		1) >220
		2) >300
		3) >80
		4) >120
49.	**ПК-5**	ПОКАЗАТЕЛЬ $ОФВ_1$ ПРИ ХОБЛ 2 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 80%
		2) <80%
		3) < 50%
		4) < 30%
50.	**ПК-5**	ПОКАЗАТЕЛЬ $ОФВ_1$ ПРИ ХОБЛ 3 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 80%
		2) <80%
		3) < 50%
		4) < 30%
51.	**ПК-5**	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПРИРОСТ $ОФВ_1$ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ
		1) ≥ 50%
		2) ≥ 30%
		3) ≥ 25%
		4) ≥ 15%
52.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) спирография
		2) пульсоксиметрия
		3) исследование газового состава артериальной крови
		4) исследование газового состава венозной крови
53.	**ПК-6**	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
		1) инспираторная одышка
		2) экспираторная одышка
		3) крепитация
		4) акроцианоз
54.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮЩИЙСЯ ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ХОБЛ
		1) не изменен
		2) тимпанический
		3) укороченный
		4) коробочный
		5) перкуторная тупость
55.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

		1) диффузионная способность (по CO_2)
		2) остаточный объем
		3) максимальная вентиляция легких (МВЛ)
		4) проба Тиффно
		5) жизненная емкость легких (ЖЕЛ)
56.	**ПК-6**	ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ (ЕЕ) К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА
		1) хронический обструктивный бронхит
		2) силикоз
		3) фиброзирующий альвеолит
		4) ожирение
		5) все вышеперечисленные заболевания
57.	**ПК-6**	ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ БРОНХИТУ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ БРОНХОВ
		1) свистящие хрипы на выдохе
		2) сухие хрипы на вдохе
		3) сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
		4) звонкие влажные хрипы по передней поверхности грудной клетки
		5) не звонкие влажные хрипы над проекцией базальных отделов
58.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) гидропневмоторакс
		2) фиброз легких
		3) диффузная эмфизема легких
		4) бронхиальная астма
		5) крупозная пневмония
59.	**ПК-5**	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С
		1) серетидом
		2) сальбутамолом
		3) физической нагрузкой
		4) гистамином
60.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ МУКОЛИТИКОМ
		1) ацетилцистеин
		2) йодид калия
		3) бромид натрия
		4) трипсин
		5) мукалтин
61.	**ПК-8**	ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ
		1) в осенне-зимний период
		2) длительно

		3) не следует применять вообще
		4) при выделении гнойной мокроты
		5) при появлении кровохарканья
62.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) анализ мокроты
		2) бронхоскопия
		3) томография
		4) бронхография
		5) сцинтиграфия легких
63.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ
		1) одышка разной степени
		2) набухание шейных вен
		3) акроцианоз
		4) тахикардия
		5) пульсация в эпигастрии
64.	**ПК-5**	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВНЕЗАПНО РАЗВИЛАСЬ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ОДЫШКА СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА, СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ В ПРОЕКЦИИ СРЕДНЕГО ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СПРАВА. НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ ЗУБЕЦ S В ПЕРВОМ И ЗУБЕЦ Q В ТРЕТЬЕМ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ
		1) острый инфаркт миокарда
		2) спонтанный пневмоторакс
		3) бронхиальная астма
		4) тромбоэмболия легочной артерии
		5) очаговая пневмония
65.	**ПК-5**	У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ 3 ДНЯ ТОМУ НАЗАД ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ЛИХОРАДКА ДО 38,9°С. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ПЕРКУТОРНО ОТ 3-ГО МЕЖРЕБЕРЬЯ СПЕРЕДИ И ОТ СЕРЕДИНЫ МЕЖЛОПАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА СЗАДИ - ТУПОЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩЕНА НА 1,5 СМ К НАРУЖИ ОТ СРЕДИННОКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. КАКОЙ ДИАГНОЗ СООТВЕТСТВУЕТ ЭТИМ ДАННЫМ
		1) очаговая пневмония в нижней доле справа
		2) крупозная пневмония справа
		3) обострение хронического бронхита
		4) правосторонний экссудативный плеврит
		5) правосторонний гидроторакс

66.	**ПК-6**	ПРИ 2 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немого легкого»
		4) крепитация
67.	**ПК-6**	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) левожелудочковая недостаточность
		2) анемия
		3) отек легких
		4) правожелудочковая недостаточность
		5) плеврит
68.	**ПК-6**	ФАКТОР, НЕ УЧАСТВУЮЩИЙ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) альвеолярный отек
		2) отек слизистой бронхов
		3) бронхоспазм
		4) повышенная секреция слизи
		5) нарушение выделения мокроты
69.	**ПК-10**	СРЕДСТВА ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) быстродействующие в-адреномиметики
		2) ингаляционные глюкокортикостероиды
		3) антитела к IgE
70.	**ПК-6**	ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА «НЕМОГО ЛЕГКОГО» ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ
		1) накоплением экссудата в плевральной полости
		2) наличием воздуха в плевральной полости
		3) бронхоспазмом
		4) полной обтурацией просвета бронхов вязкой мокротой с развитием ателектазов легочной ткани
71.		УТВЕРЖДЕНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
	ПК-6	1) БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов
		2) характерным признаком БА является прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция в результате фиброза и перестройки стенки бронхов
		3) причиной развития БА является врожденный дефицит α_1 - антитрипсина, приводящий к обструкции дыхательных путей вязким секретом
		4) среди перечисленных утверждений правильного нет
72.	**ПК-6**	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

		1) положительные кожные пробы с аллергенами и связь клинических симптомов с контактом с этими аллергенами
		2) появление приступа удушья при физической нагрузке
		3) появление симптомов бронхиальной астмы при приеме нестероидных противовоспалительных средств
73.	**ПК-6**	ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ
		1) пневмоторакс
		2) бронхопневмония
		3) эмфизема легких
		4) плевральный выпот
		5) рак легкого
74.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево
		2) эозинофилия
		3) тромбоцитопения
		4) лимфоцитоз
75.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ 1 СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) препарат неотложной помощи по потребности.
		2) теофиллин замедленного высвобождения
		3) антилейкотриеновые препараты
76.	**ПК-6**	ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) генетическая предрасположенность к атопии
		2) пол
		3) ожирение
		4) аллергены
77.	**ПК-6**	ПРИ 1 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
78.	**ПК-6**	ПРИ 2 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
79.	**ПК-6**	ПРИ 3 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю

		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
80.	**ПК-5**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) верапамил
		2) атенолол
		3) метилдопа
		4) гипотиазид
81.	**ПК-6**	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО
		1) экспираторная одышка
		2) инспираторная одышка
		3) мелкопузырчатые влажные хрипы
		4) кашель с гнойной мокротой
82.	**ПК-11**	ПРЕПАРАТ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) сальбутамол
		2) преднизолон
		3) мукалтин
		4) атровент
83.	**ПК-8**	β-АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек
		3) сальметерол
		4) беклометазон
84.	**ПК-8**	БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) атенолол
		3) эналаприл
		4) верапамил
85.	**ПК-8**	60-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПОЛИПАМИ В НОСУ, В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ИБС НАЗНАЧЕНА СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) аторвастатин
		3) эналаприл
		4) аспирин

86.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) беродуал
		2) пульмикорт
		3) серетид
		4) сальбутамол
87.	**ПК-6**	МАРКЕРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) эозинофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		2) эозинофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		3) нейтрофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		4) нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
88.	**ПК-11**	МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ 22 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВОЗБУЖДЕН, ЧСС - 120 УДАРОВ В МИН., ЧД - 32 В МИН. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. PaO_2 - 50 ММ РТ. СТ. В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОЛУЧИЛ БОЛЕЕ 10 ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОТЕКА. ВРАЧОМ СКОРОЙ ПОМОЩИ ВНУТРИВЕННО ВВЕДЕНО 10 мл 2,4% РАСТВОРА ЭУФИЛЛИНА. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) эуфиллин парентерально
		2) внутривенная регидратация
		3) кортикостероиды
		4) увеличение дозы симпатомиметиков (сальбутамол, беротек, астмопент)
		5) ингаляции кислорода
89.	**ПК-6**	ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ
		1) повышение воздушности легких
		2) наличие жидкости в полости плевры
		3) нарушение бронхиальной проходимости
		4) уплотнение легочной ткани
		5) наличие полости в легочной ткани
90.	**ПК-8**	БОЛЬНОЙ 49 ЛЕТ В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАЗНАЧЕН ПРЕДНИЗОЛОН ВНУТРЬ 20 МГ В СУТКИ. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСЧЕЗЛИ, НО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ИЗЖОГА, "КИСЛАЯ ОТРЫЖКА". ПРОВЕДИТЕ КОРРЕКЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ
		1) срочно отменить преднизолон
		2) вдвое уменьшить суточную дозу преднизолона
		3) назначить препарат в той же дозе, но с интервалом в несколько дней

		4) назначить М-холинолитики, антациды, заменить преднизолон бекотидом
		5) назначить преднизолон парентерально
91.	**ПК-8**	К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ
		1) эуфиллин
		2) салметерол
		3) бекотид
		4) серетид
92.	**ПК-6**	ПРИ 1 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немого легкого»
		4) крепитация
93.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) бародуал (ипратропия бромид/сальбутамол)
		2) пульмикорт (будесонид)
		3) серетид (флутиказон/салметерол)
94.	**ПК-8**	62-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) коринфар
		2) атенолол
		3) нитросорбид
		4) верапамил
		5) изоптин
95.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) метопролол
		2) амлодипин
		3) клофелин
		4) эналаприл
96.	**ПК-11**	ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) атропин
		2) сальбутамол
		3) интал

		4) преднизолон
		5) мукалтин
97.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) угнетение вагусных влияний
		2) блокада медиаторов аллергических реакций
		3) угнетение фосфодиэстеразы
		4) активация адренорецепторов
		5) угнетение дыхательного центра
98.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) дилятация бронхов
		2) снижение секреции
		3) противоаллергическое действие
		4) адреномиметическое действие
		5) антигистаминное действие
99.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)
		1) снижение тонуса вагуса
		2) стимуляция β_2-рецепторов
		3) блокада а-рецепторов
		4) блокада гистаминорецепторов
		5) непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов
100.	**ПК-5**	ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) стекловидная, вязкая
		2) гнойная
		3) с прожилками крови
		4) слизисто-гнойная
101.	**ПК-8**	β- АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек
		3) сальметерол
102.	**ПК-8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАННЫЙ БОЛЬНОМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) нитросорбид
		2) пропранолол
		3) метопролол
		4) амлодипин
		5) моночинкве
103.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ
		1) реверсия негативного зубца Т
		2) удлинение интервала PQ
		3) депрессия сегмента ST более 2 мм

		4) появление предсердной экстрасистолии
		5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
104.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
		2) при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии
		3) приступы возникают чаще ночью
		4) наиболее эффективны антагонисты кальция
		5) физическая нагрузка плохо переносится
105.	**ПК-5**	БОЛЬНОЙ 45-ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ
		1) фибриноген
		2) аминокапроновую кислоту
		3) протаминсульфат
		4) викасол
106.	**ПК-6**	ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ РАЗВИТИЕМ
		1) инфаркта миокарда
		2) пароксизма тахиаритмии
		3) фибрилляции желудочков
		4) асистолии
		5) разрыва стенки желудочка
107.	**ПК-6**	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА
		1) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
		2) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа
		3) отсутствие изменений ЭКГ в покое
		4) иррадиация болей в левое плечо
		5) давящий характер болей
108.	**ПК-6**	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 2 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа
		4) возникновение приступов стенокардии в ночное время
109.	**ПК-6**	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 3 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности,

		возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа,
		4) ходьбе на расстояние более 200 м
		5) возникновение приступов стенокардии в ночное время
110.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) курантил
		2) верапамил
		3) метопролол
		4) каптоприл
111.	**ПК-6**	ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ДАВНОСТЬЮ
		1) 1 день
		2) 1 неделя
		3) 1 месяц
		4) 1 год
112.	**ПК-5**	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
		1) ФГС
		2) ЭКГ
		3) рентгенографии грудной клетки
		4) коронароангиографии
113.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ
		1) уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
		2) снятие спазма коронарных артерий и коррекция липидного обмена
		3) расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
		4) воздействие на обмен ишемизированных миоцитов
114.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ
		1) уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
		2) снятие спазма коронарных артерий и коррекция липидного обмена
		3) расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
		4) воздействие на обмен ишемизированных миоцитов
115.	**ПК-8**	С АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИМЕНЯЮТ
		1) гепарин
		2) варфарин
		3) стрептокиназу
		4) клопидогрель
116.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST.

		ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) инфаркт миокарда
		2) ТЭЛА
		3) стенокардия Принцметала
		4) стенокардия напряжения ФК 4
117.	**ПК-5**	ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) велоэргометрия
		2) рентгенография ОГКγ
		3) эхокардиография
		4) исследование крови на миоглобин
118.	**ПК-6**	ПОРОК СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ
		1) митральный стеноз
		2) митральная недостаточность
		3) аортальный стеноз
		4) аортальная недостаточность
119.	**ПК-5**	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мягкая артериальная гипертензия
		2) тромбофлебит вен нижних конечностей
		3) нетипичный болевой синдром в грудной клетке
		4) гиперлипидемия
120.	**ПК-6**	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ
		1) возраст и пол больного
		2) гиперлипидемия
		3) эхокардиография
		4) коронарография
121.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) снижение АД
		4) повышение АД
122.	**ПК-5**	НАЗОВИТЕ КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
		1) усталость
		2) одышка
		3) депрессия сегмента ST на 2 мм
		4) подъем АД
123.	**ПК-11**	УКАЖИТЕ МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

		1) электрическая дефибриляция
		2) непрямой массаж сердца
		3) оперативное лечение
		4) консервативное лечение сердечными гликозидами и диуретиками
		5) любое лечение абсолютно бесперспективно
124.	**ПК-5**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) КФК-МВ
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) γ -глютаматтранспептидаза
125.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) определение СОЭ и лейкоцитов
		2) определение ЛДГ в крови
		3) определение суммарной КФК в крови
		4) определение уровня трансаминаз в крови
		5) определение уровня МВ-фракции КФК в крови
126.	**ПК-5**	АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОГУТ БЫТЬ
		1) тоны сердца звучные, ритмичные
		2) первый тон усилен, диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии
		4) ослабление обоих тонов на верхушке
		5) систолический шум над аортой
127.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА
		1) повышение температуры тела до 39°С
		2) перикардит
		3) жгучие боли за грудиной
		4) увеличения количества эозинофилов
		5) артрит
128.	**ПК-11**	НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОЛЖЕН БЫТЬ НАЗНАЧЕН
		1) дипиридамол
		2) ацетилсалициловая кислота
		3) варфарин
		4) гидрохлортиазид
		5) тиклопидин
129.	**ПК-5**	НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

		1) умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
		2) значительный лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) эозинофилия
		4) анемия, ускорение СОЭ, лейкопения
		5) лейкоцитоз в первые 3 дня, ускорение СОЭ в последующие 5-7 дней
130.	**ПК-5**	ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) глубокий отрицательный коронарный зубец Т
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) наличие комплекса QS
		4) смещение сегмента ST ниже изолинии
		5) снижение амплитуды зубца R
131.	**ПК-11**	БОЛЬНОЙ 47 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАБЛЮДЕНИЯ ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ПУЛЬС И ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. НА ЭКГ: СИНУСОВЫЙ РИТМ С ПЕРЕХОДОМ В АСИСТОЛИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ. ЛЕЧЕНИЕ
		1) дефибрилляция
		2) непрямой массаж сердца
		3) внутрисердечное введение симпатомиметиков
		4) индерал внутривенно
		5) ганглиоблокаторы
132.	**ПК-5**	ВЫДЕЛИТЕ ГЛАВНЫЙ ЭКГ - ПРИЗНАК ИНФАРКТА МИОКАРДА (НЕКРОЗ)
		1) гипертрофия левого желудочка
		2) появление глубокого и широкого зубца Q
		3) нарушение a-v проводимости
		4) снижение вольтажа основных зубцов ЭКГ
		5) блокада левой ножки пучка Гиса
133.	**ПК-5**	У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (1-Е СУТКИ) РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, ПАДЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. НА ЭКГ: ЗУБЕЦ Р НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, QRS УШИРЕН (0.12 СЕК) И ДЕФОРМИРОВАН, ЧИСЛО ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ 150 В МИНУТУ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) пароксизм мерцания предсердий
		2) желудочковая пароксизмальная тахикардия
		3) трепетание предсердий
		4) синусовая тахикардия
		5) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
134.	**ПК-8**	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШИМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ
		1) спазмолитики
		2) блокаторы кальциевых каналов

		3) средства нейролептанальгезии
		4) нитраты короткого и пролонгированного действия
		5) сердечные гликозиды
135.	**ПК-11**	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ ВВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) эуфиллин
		2) лазикс
		3) лидокаин
		4) обзидан
		5) гепарин
136.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение АД менее 80/50 мм рт.ст.
		2) тахикардия
		3) акроцианоз
		4) снижение общего периферического сосудистого сопротивления
		5) полиурия
137.	**ПК-6**	НА 3-Й НЕДЕЛЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ
		1) распространение зоны поражения миокарда
		2) идиопатический перикардит
		3) постинфарктный синдром Дресслера
		4) разрыв миокарда
		5) разрыв сердечных хорд
138.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ВОЗНИКШЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) кардиогенный шок
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) отек легких
		4) разрыв межжелудочковой перегородки
		5) ничего из перечисленного
139.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
		1) миоглобина
		2) щелочной фосфатазы
		3) С-реактивного протеина
		4) трансаминаз

		5) тропонина
140.	**ПК-11**	ПАЦИЕНТУ, ПОСТУПИВШЕМУ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА С БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ, СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В V2-V5, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ В СОСТАВЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
		1) ацетилсалициловая кислота внутрь
		2) непрямые антикоагулянты
		3) антиаритмические препараты
		4) тромболитические препараты
		5) блокаторы АДФ-рецепторов тромбоцитов
141.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мерцательная аритмия
		2) ранние желудочковые экстрасистолы “R на T”
		3) групповые желудочковые экстрасистолы
		4) политопные желудочковые экстрасистолы
		5) наджелудочковые экстрасистолы
142.	**ПК-6**	ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ
		1) креатинфосфокиназы
		2) лактатдегидрогеназы
		3) аспартатаминотрансферазы
		4) альдолазы
143.	**ПК-11**	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ
		1) тромболитики
		2) нитраты в/в
		3) сердечные гликозиды
		4) кордарон
144.	**ПК-8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
145.	**ПК-8**	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл

146.	**ПК-8**	АНТИАГРЕГАНТНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
147.	**ПК-6**	НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ ПО КОРОНАРНОМУ РУСЛУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ
		1) стабильной стенокардии напряжения
		2) прогрессирующей стенокардии напряжения
		3) впервые возникшей стенокардии
		4) любых вариантах стенокардии
148.	**ПК-6**	ЧТО ОТНОСИТСЯ К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС
		1) повышение уровня липопротеидов низкой плотности
		2) сахарный диабет
		3) артериальная гипертония
		4) наследственная отягощенность
149.	**ПК-6**	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ
		1) возникновение болей за грудиной при физической нагрузке
		2) иррадиация боли в правое подреберье
		3) длительность болей 40 мин и более
		4) боли купируются валидолом
150.	**ПК-5**	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ИБС
		1) ЭКГ
		2) коронарография
		3) эхокардиография
		4) вентрикулография
151.	**ПК-6**	ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) тампонада сердца
		3) тромбоэмболия легочной артерии
		4) аневризма левого желудочка
152.	**ПК-5**	ДЛЯ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ
		1) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVL
		2) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVF

		3) 1-е стандартное отведение, V_5-V_6
		4) V_1-V_3
153.	**ПК-5**	ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) негативный зубец Т
		2) наличие комплекса QS
		3) смещение сегмента ST ниже изолинии
		4) широкий комплекс QRS
154.	**ПК-6**	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) резорбционно-некротический синдром
155.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОВЫШЕННЫМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
156.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НИЗКИМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
157.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
158.	**ПК-11**	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина

		4) дигоксина
159.	**ПК-6**	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
		1) брадикардия
		2) цианоз
		3) олигоанурия
		4) усиленный верхушечный толчок
160.	**ПК-11**	ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) морфина
		3) строфантина
		4) дигоксина
161.	**ПК-8**	ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ
		1) глюкокортикоиды
		2) антибиотики
		3) нитраты
		4) антагонисты кальция
162.	**ПК-11**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) гепарин
163.	**ПК-10**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) кардиогенный шок
		2) АВ-блокада 2 степени
		3) инсульт
		4) желудочковая экстрасистолия
164.	**А/02.7 ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ОБЛАДАЕТ
		1) холодовая проба
		2) дипиридамоловая проба
		3) проба с нагрузкой на велоэргометре
		4) проба с гипервентиляцией
165.	**ПК-6**	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) желудочковая бигимения
		3) атриовентрикулярная блокада II степени

		4) синоаурикулярная блокада II степени
166.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНОГО ИБС
		1) амоксициллин
		2) эуфиллин
		3) аспирин
		4) амлодипин
167.	**ПК-6**	ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРНО
		1) снижение систолического АД менее 80 мм.рт.ст.
		2) появление систолического шума на верхушке
		3) отсутствие пульса и АД на периферических артериях
		4) усиленный верхушечный толчок
168.	**ПК-5**	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
		1) 1, AVL, V_5-V_6
		2) 1, AVL, V1-V_3
		3) 2, 3 стандартные, AVF
		4) 2, 3 стандартные, AVF, V_5-V_6
169.	**ПК-5**	В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) патологический зубец QS
170.	**ПК-5**	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) отрицательный зубец T
171.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) полная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
172.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) неполная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ

173.	**ПК-5**	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 1 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
174.	**ПК-5**	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
175.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ АВ-БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
176.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
177.	**ПК-8**	ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
		1) эналаприла
		2) кордарона
		3) метопролола
		4) верапамила
178.	**ПК-8**	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
		1) нитратами
		2) селективными бета-блокаторами
		3) антагонистами кальция
		4) ингибиторами АПФ
179.	**ПК-8**	ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
		1) статинов
		2) ингибиторов АПФ
		3) антагонистов кальция
		4) бета-блокаторов
180.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АСПИРИНА
		1) подавление синтеза ЛПНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике

		3) угнетает действие циклооксигеназ
		4) угнетает синтез витамина К в печени
181.	**ПК-8**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ
		1) бронхообструктивный синдром
		2) беременность
		3) гипокалиемия
		4) АВ-блокада 2 степени
182.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) гепарин
		2) дигоксин
		3) аспирин
		4) эналаприл
183.	**ПК-8**	МЕТОПРОЛОЛ НЕЛЬЗЯ КОМБИНИРОВАТЬ С
		1) эналаприлом
		2) аспирином
		3) верапамилом
		4) амлодипином
184	**ПК-8**	. В ОТЛИЧИЕ ОТ ИНГИБИТОРОВ АПФ БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2
		1) реже вызывают кашель
		2) не вызывают гипотензии
		3) уменьшают ЧСС
		4) увеличивают ЧСС
185.	**ПК-8**	К БЛОКАТОРАМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 ОТНОСИТСЯ
		1) эналаприл
		2) аспирин
		3) валсартан
		4) варфарин
186.	**ПК-8**	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
187.	**ПК-8**	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) фибрилляция предсердий
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
188.	**ПК-8**	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА

		ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тромбоцитопения
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) гиперкалиемия
189.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 6,5 ммоль\л
		2) ≤ 5,6 ммоль\л
		3) ≤ 5,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
190.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 6,5 ммоль\л
		2) ≤ 5,6 ммоль\л
		3) ≤ 5,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
191.	**ПК-5**	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 1,0 ммоль\л
		2) ≤ 1,7 ммоль\л
		3) ≤ 2,0 ммоль\л
		4) ≤ 3,0 ммоль\л
192.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ
		1) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
193.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭЗЕТИМИБА
		1) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
194.	**ПК-8**	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ
		1) статины
		2) фибраты
		3) секвестранты желчных кислот
		4) препараты никотиновой кислоты
195.	**ПК-6**	К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) сахарный диабет
		3) курение
		4) мужской пол

196.	**ПК-6**	К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ
		1) употребление алкоголя
		2) наследственность
		3) курение
		4) мужской пол
197.	**ПК-5**	КОЭФФИЦИЕНТ АТЕРОГЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) не более 1-1,5
		2) не более 2-2,5
		3) не более 3-3,5
		4) не более 4-4,5
198.	**ПК-8**	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ
		1) подавление синтеза холестерина в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
199.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ
		1) реверсия негативного зубца Т
		2) удлинение интервала PQ
		3) депрессия сегмента ST более 2 мм
		4) появление предсердной экстрасистолии
		5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
200.	**ПК-5**	57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V_2-V_58 ММ. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНОГО
		1) стабильная стенокардия 4-го функционального класса
		2) инфаркт миокарда
		3) ишемическая дистрофия миокарда
		4) вариантная стенокардия
		5) прогрессирующая стенокардия
201.	**ПК-6**	ВАРИАНТЫ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
		1) стенокардия Принцметала
		2) впервые возникшая стенокардия напряжения
		3) прогрессирующая стенокардия
		4) частая стенокардия напряжения и покоя
		5) все вышеперечисленное

202.	**ПК-5**	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
		1) с зондирования желудка
		2) с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта
		3) с ЭКГ
		4) с гастродуоденоскопии
		5) с исследования мочи на уропепсин
203.	**ПК-5**	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ДЛИТЕЛЬНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, НЕЧЕТКО СВЯЗАННЫЕ С ВОЛНЕНИЯМИ, ОЩУЩЕНИЯ "ПРОКОЛОВ" В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПРИ ОСМОТРЕ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, ЭКГ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. С КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА
		1) с исследования крови на сахар и холестерин
		2) с исследования крови на липопротеиды
		3) с эхокардиографии
		4) с велоэргометрии
		5) с фонокардиографии
204.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 52 ЛЕТ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ И ПОДЪЕМЕ НА ТРЕТИЙ ЭТАЖ, ПРОХОДЯЩИЕ В ТЕЧЕНИЕ 5 МИН. В ПОКОЕ ИЛИ ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 НЕДЕЛЬ ПРИСТУПЫ УЧАСТИЛИСЬ, СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ХОДЬБЕ В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ЗАФИКСИРОВАНЫ СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ И ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 2 ММ В ОТВЕДЕНИЯХ V_4-V_6. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ НА ЭКГ В ПОКОЕ В ЭТИХ ЖЕ ОТВЕДЕНИЯХ СОХРАНЯЕТСЯ СТОЙКАЯ ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 1 ММ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) стабильная стенокардия 2-го ФК
		2) инфаркт миокарда
		3) стабильная стенокардия 4-го ФК
		4) стенокардия Принцметала
		5) прогрессирующая стенокардия
205.	**ПК-6**	ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА
		1) на ЭКГ регистрируется депрессия сегмента ST
		2) приступ вариантной стенокардии чаще всего провоцируется физической нагрузкой
		3) вариантная стенокардия возникает в результате спазма коронарных артерий
		4) для предупреждения приступов целесообразно использовать b-адреноблокаторы
		5) вариантная стенокардия относится к стабильным формам ИБС

206.	**ПК-6**	БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) стенокардия Принцметала
		2) повторный инфаркт миокарда
		3) развитие постинфарктной аневризмы
		4) приступы не имеют отношения к основному заболеванию
		5) тромбоэмболия ветвей легочной артерии
207.	**ПК-6**	РИСК РАЗВИТИЯ ИБС УМЕНЬШАЕТ
		1) повышение уровня липопротеидов высокой плотности
		2) сахарный диабет
		3) артериальная гипертония
		4) наследственная отягощенность
		5) курение
208.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
		3) подъем ST во время приступа
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
209.	**ПК-6**	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, СТЕНОКАРДИИ СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА
		1) описан типичный ангинозный приступ, выявлены атеросклеротические изменения (бляшки) артерий при коронарографии
		2) имеются симптомы недостаточности кровообращения
		3) выявлены нарушения ритма
		4) имеются факторы риска ИБС
		5) выявлена кардиомегалия
210.	**ПК-6**	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ
		1) иррадиация болей в нижнюю челюсть
		2) возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
		3) длительность болей 40 мин и более
		4) выявление стеноза коронарной артерии
		5) боли сопровождаются чувство нехватки воздуха
211.	**ПК-5**	ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ
		1) высокий остроконечный зубец Т
		2) депрессия сегмента ST
		3) инверсия зубца Т
		4) тахикардия
		5) наличие зубца Q

212.	**ПК-5**	КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
		1) горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
		2) то же менее 0,5 мм
		3) косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм
		4) увеличение зубца Q в V5-V6
		5) синусовая тахикардия
213.	**ПК-6**	КАКОЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦМЕТАЛА) ВЕРНО
		1) депрессия ST на ЭКГ
		2) приступы болей чаще при нагрузке
		3) обычно развивается инфаркт миокарда
		4) причиной болей является коронароспазм
214.	**ПК-5**	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ
		1) ЭКГ
		2) велоэргометрия (ВЭМ)
		3) фонокардиография
		4) эхокардиография
		5) тетраполярная реография
215.	**ПК-6**	СИМПТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ
		1) нарушение ритма
		2) левожелудочковая недостаточность
		3) правожелудочковая недостаточность
		4) аневризма левого желудочка
		5) все вышеперечисленное
216.	**ПК-5**	ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ
		1) 1-е, 2-е стандартные отведения, AVL
		2) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
		3) 1-е стандартное отведение, V_5-V_6
		4) AVL, V_1-V_4
		5) только AVL
217.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) тропонин
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) g-глютаматтранспептидаза

218.	**ПК-11**	МУЖЧИНА 50 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БИТ С ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ И ЭКГ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ОСЛОЖНИЛОСЬ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА 40 В МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ПРИМЕНЕНИЕ
		1) адреномиметиков
		2) атропина
		3) лазикса
		4) эуфиллина
		5) установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции
219.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) негативный зубец Т
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) наличие комплекса QS
		4) смещение сегмента ST ниже изолинии
		5) снижение амплитуды зубца R
220.	**ПК-10**	БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА. ЗАДНЕ-ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ, ДАВНОСТЬ – 12 ЧАСОВ. ОДЫШКА УМЕРЕННАЯ, СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. ПУЛЬС - 64 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ, АД - 140/80 ММ РТ. СТ. С ЧЕГО СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ
		1) алтеплаза
		2) нитросорбид
		3) строфантин внутривенно
		4) гепарин
		5) нитроглицерин внутривенно
221.	**ПК-6**	СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ЭТО
		1) разрыв межжелудочковой перегородки
		2) разрыв межпредсердной перегородки
		3) отрыв сосочковой мышцы
		4) аутоиммунная реакция
		5) рецидивирующий инфаркт миокарда
222.	**ПК-6**	НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) нарушение ритма сердца
		5) нарушение проводимости
223.	**ПК-6**	223. ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНО
		1) повышение температуры тела

		2) перикардит
		3) плеврит
		4) пневмония
		5) все вышеперечисленное
224.	**ПК-8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЕЗАГРЕГАНТ
		1) нитросорбид
		2) аспирин
		3) варфарин
		4) гепарин
		5) нифедипин
225.	**ПК-6**	ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
		1) парадоксальный пульс
		2) увеличение пульсового давления
		3) глухие тоны сердца
		4) усиленный верхушечный толчок
		5) расширение сердца
226.	**ПК-11**	БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕН В БИТ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА, ТАХИПНОЭ, СНИЖЕНИЕ АД ДО 100/70 ММ РТ. СТ., ТАХИКАРДИЯ ДО 120 В МИНУТУ. В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ ПОЯВИЛИСЬ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. В 3-4 МЕЖРЕБЕРЬЕ ПО ЛЕВОМУ КРАЮ ГРУДИНЫ СТАЛ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ИНТЕНСИВНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С РИТМОМ ГАЛОПА. НАСЫЩЕНИЕ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В ПРАВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ УВЕЛИЧЕНО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) разрыв наружной стенки желудочка
		2) эмболия легочной артерии
		3) разрыв межжелудочковой перегородки
		4) тромбоэндокардит
		5) эпистенокардический перикардит
227.	**ПК-5**	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА
		1) щелочная фосфатаза и γ-глутамилтранспептидаза крови
		2) миоглобин и КФК-МВ
		3) эозинофилы
		4) креатинин и мочевина
		5) холестерин, триглицериды, ЛПНП
228.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ
		1) определение СОЭ и лейкоцитов
		2) определение ЛДГ в крови
		3) определение суммарной КФК в крови
		4) определение уровня трансаминаз в крови
		5) определение уровня тропонинов в крови
229.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА,

		ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, С ВВЕДЕНИЯ КАКОГО ПРЕПАРАТА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ
		1) эуфиллин
		2) нитроглицерин в/в
		3) лидокаин
		4) метопролол
		5) гепарин
230.	**ПК-6**	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
		1) повышение АД более 140/90 мм рт.ст.
		2) дыхание Чейн-Стокса
		3) диффузный теплый цианоз
		4) снижение АД менее 90/50 мм рт. ст.
		5) полиурия
231.	**ПК-6**	У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ БОЛЬШОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ РАЗВИЛИСЬ РЕЗКИЕ ДАВЯЩИЕ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ, ОТДАЮЩИЕ В ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ. БОЛИ БЫЛИ КУПИРОВАНЫ СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ МОРФИНА НА ЭКГ: ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V_5-V_6, СНИЖЕНИЕ ST В ОТВЕДЕНИЯХ III, V_1-V_2. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) тромбоэмболия легочной артерии
		2) задне-диафрагмальный инфаркт миокарда
		3) передний распространенный инфаркт миокарда
		4) передне-перегородочный инфаркт миокарда
		5) передне-боковой инфаркт миокарда
232.	**ПК-5**	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ЗАДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
		1) AVL, V_5-V_6
		2) 3, 2 стандартные, AVF
		3) V_1-V_3
		4) 3, 2 стандартные, AVF, V_5-V_6
		5) V_3-V_6
233.	**ПК-6**	КАК СЛЕДУЕТ КВАЛИФИЦИРОВАТЬ УХУДШЕНИЕ В ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО НА 4-Й НЕДЕЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ИНТЕНСИВНЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПОЯВИЛАСЬ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НА ЭКГ И ВНОВЬ ПОВЫСИЛАСЬ АКТИВНОСТЬ АСТ, АЛТ, КФК - МВ
		1) ТЭЛА
		2) рецидивирующий инфаркт миокарда
		3) повторный инфаркт миокарда
		4) развитие синдрома Дресслера
		5) вариантная стенокардия
234.	**ПК-10**	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ ПРИМЕНЯЮТ

		1) фуросемид в/в
		2) эуфиллин в/в
		3) ингаляции симпатомиметика
		4) обзидан в/в
235.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
236.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
237.	**ПК-5**	ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) увеличение уровня миоглобина, креатинина, мочевины
		2) увеличение активности АСТ, АЛТ, билирубина
		3) появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора, LE-клеток
		4) повышение уровня тропонина, миоглобина, КФК-МВ
		5) повышение щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ
238.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ. СТ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
		1) кардиогенный шок
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) отек легких
		4) разрыв межжелудочковой перегородки
		5) ничего из перечисленного
239.	**ПК-8**	БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОТОМУ ЧТО ОНА
		1) снижает протромбиновый индекс
		2) препятствует агрегации тромбоцитов
		3) лизирует образовавшиеся тромбы
		4) ингибирует внутренний механизм свертывания крови
		5) механизм положительного действия аспирина неизвестен

240.	**ПК-11**	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) верапамил
		2) допамин
		3) панангин
		4) строфантин
241.	**ПК-6**	ДЛЯ ПОЛНОЙ AV-БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНО
		1) частота пульса - 72 в минуту
		2) ритм перепела
		3) пушечный тон Стражеско
		4) ритм галопа
		5) дефицит пульса
242.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ
		1) строфантин
		2) лидокаин
		3) новокаинамид
		4) этацизин
		5) кордарон
243.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ОТМЕЧАЕТСЯ СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ 45 В МИНУТУ. ОТ УСТАНОВКИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА БОЛЬНОЙ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЕТСЯ. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНО ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
		1) анаприлин
		2) кордарон
		3) атропин
		4) дигоксин
		5) новокаинамид
244.	**ПК-6**	У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ЧЕМ ГРОЗИТ ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА
		1) развитием недостаточности кровообращения
		2) появлением мерцательной аритмии
		3) появление пароксизмальной тахикардии
		4) появлением коронарной недостаточности
		5) развитием фибрилляции желудочков
245.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ ПРОБОЙ ВАЛЬСАЛЬВЫ. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН
		1) синусовой тахикардией

		2) пароксизмальной мерцательной аритмией
		3) пароксизмальным трепетанием предсердий
		4) пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
		5) пароксизмальной желудочковой тахикардией
246.	**ПК-5**	246. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ, РАВНОГО 0,28 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО
		1) блокады синоатриального проведения
		2) блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени
		3) блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени
		4) блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени
		5) синдрома преждевременного возбуждения желудочков
247.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ
		1) никотиновая кислота
		2) клофибрат
		3) тироксин
		4) аторвастатин
248.	**ПК-8**	У БОЛЬНОГО 74 ЛЕТ НАБЛЮДАЛИСЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПРИСТУПЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, РЕДКИЙ ПУЛЬС. ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В СВЯЗИ С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ПОЛНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ БЛОКАДА СЕРДЦА, ЧСС – 46 В МИНУТУ, ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕТ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО
		1) имплантация ЭКС
		2) назначить аспаркам
		3) назначить анаприлин
		4) провести дефибрилляцию
		5) ничего из перечисленного
249.	**ПК-6**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ
		1) колющие боли в области сердца во время физической нагрузки
		2) желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки
		3) загрудинная боль и депрессия сегмента ST, возникающие одновременно при нагрузке
		4) зубец Q в отведениях III и aVF
		5) отрицательный зубец Т в левых грудных отведениях
250.	**ПК-8**	ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ СВЯЗАН С
		1) уменьшением частоты и силы сокращений сердца
		2) расширением коронарных артерий
		3) расширением периферических артерий
		4) увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения ЧСС
		5) дилятацией периферической венозной системы

251.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
252.	**ПК-5**	КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) диффузный гиперкинез
		2) диффузный гипокинез
		3) локальный гипокинез
		4) локальный гиперкинез
253.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ТИПЕ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП
		1) I
		2) IIа
		3) IIб
		4) III
		5) IV
254.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
		1) колющая боль в сердце при физической нагрузке
		2) тупая ноющая боль после нервного перенапряжения
		3) стойкая загрудинная давящая, иногда жгучая, с широкой иррадиацией
		4) сжимающая боль в сердце, купирующаяся нитроглицерином через 2-5 минут
		5) острая режущая боль в сердце, связанная с определенным положением тела
255.	**ПК-5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) отсутствие во всех отведениях зубца Р
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
256.	**ПК-6**	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) острая левожелудочковая недостаточность
		2) тампонада сердца
		3) фибрилляция желудочков
		4) ТЭЛА
257.	**ПК-6**	ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВОЗНИКАЮТ У

		БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ
		1) мерцательной аритмии
		2) синусовой брадикардии
		3) желудочковой экстрасистолии
		4) полной АВ-блокаде
258.	**ПК-6**	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ
		1) заболевания пищевода
		2) диафрагмальная грыжа
		3) язвенная болезнь желудка
		4) хронический колит
		5) острый панкреатит
259.	**ПК-8**	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЕТ
		1) аспирин
		2) каптоприл
		3) метопролол
		4) изосорбид-динитрат
260.	**ПК-8**	СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) нитроглицерин
		2) каптоприл
		3) аторвастатин
		4) метопролол
		5) дипиридамол
261.	**ПК-6**	НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ
		1) развития инфаркта миокарда
		2) тромбоэмболии мозговых сосудов
		3) развития фатальных нарушений ритма сердца
		4) развития легочной гипертензии
		5) развития венозной недостаточности
262.	**ПК-6**	КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА КРИТЕРИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) систолическое давление равно или выше 130 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше 85 мм рт. ст.
		2) систолическое давление выше 140 мм рт. ст., а диастолическое давление выше 90 мм рт. ст.
		3) систолическое давление равно или выше160 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше - 100 мм рт. ст.
263.	**ПК-6**	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 5 – 11 %

		2) 12 – 15 %
		3) 6 – 25 %
		4) 35-45%
		5) 35-70%
264.	**ПК-8**	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ СТРАДАЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2-Й СТ., ИМЕЕТ МЕСТО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОДИНАМИКИ. КАКОМУ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) эналаприл
		2) метопролол
		3) коринфар
		4) верошпирон
		5) клофелин
265.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ: ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1 СТ. У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ
		1) отсутствие изменений глазного дна
		2) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
		3) зубец R в V_5-V_6 равен 35 мм
		4) быстрая нормализация АД
		5) уровень мочевой кислоты = 7 мг% (0,40 ммоль/л)
266.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ВСТРЕЧАЕТСЯ С НАСТУПЛЕНИЕМ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ)
		1) гипертонические кризы
		2) дилатация сердечных полостей
		3) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		4) гипертрофия левого желудочка
		5) появление приступов стенокардии
267.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) беталок
		2) коринфар
		3) капотен
		4) дигоксин
		5) лазикс
268.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АД - 190/110 ММ РТ. СТ., У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ПОЛИПОЗ НОСА И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) гипотиазид
		4) амлодипин
		5) атенолол

269.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ
		1) кратковременные эпизоды потери сознания
		2) нарушения сердечного ритма и проводимости
		3) наличие периферических отеков
		4) носовые кровотечения
		5) нарушение ритма дыхания
270.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) систолический шум на верхушке сердца
		2) приглушенность тонов сердца
		3) акцент II тона над аортой
		4) ритм галопа
		5) систолический шум над аортой
271.	**ПК-6**	КРИТЕРИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) геморрагии или экссудаты на глазном дне
		2) быстро прогрессирующее ухудшение функции почек
		3) отек соска зрительного нерва
		4) сочетание трех названных критериев
		5) резистентность к лечению β-адреноблокаторами
272.	**ПК-5**	ГОРМОНОМ С ВЫСОКОЙ ПРЕССОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кальцитонин
		2) адреналин
		3) инсулин
		4) альдостерон
		5) пролактин
273.	**ПК-5**	ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) остроконечный зубец Р в отведениях II, III
		2) гипертрофия левого желудочка
		3) блокада правой ножки пучка Гиса
		4) блокада левой ножки пучка Гиса
		5) уширенный, двугорбый зубец Р в отведениях I, II
274.	**ПК-6**	УРОВЕНЬ РИСКА У БОЛЬНОГО 56 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО 3 СТЕПЕНЬ АГ, КУРЯЩЕГО
		1) низкий риск (1)
		2) средний риск (2)
		3) высокий риск (3)
		4) очень высокий риск (4)
275.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ

		1) β-адреноблокаторы
		2) ингибиторы АПФ
		3) допегит (метилдопа)
		4) антагонисты рецепторов ангиотензина 11
		5) диуретики
276.	**ПК-8**	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ
		1) нитроглицерин
		2) метопролол
		3) празозин
		4) бародуал
277.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 60 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
278.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 90 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
279.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 3 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) дилатация сердечных полостей
		2) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		3) появление приступов стенокардии
		4) гипертрофия левого желудочка
280.	**ПК-6**	ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) только при 1 стадии
		2) только при 2 стадии
		3) только при 3 стадии
		4) при любой стадии
		5) только при злокачественной гипертензии
281.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) верапамил
282.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

		БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ТАХИКАРДИЕЙ
		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
283.	**ПК-8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С БРАДИКАРДИЕЙ
		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
284.	**ПК-6**	НОРМАЛЬНОЕ АД
		1) ниже 120/80 мм рт. ст.
		2) ниже 130/85 мм рт. ст.
		3) ниже 139/89 мм рт. ст.
		4) ниже 159/99 мм рт. ст.
		5) ниже 179/109 мм рт. ст.
285.	**ПК-6**	ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АД
		1) ниже 120/80 мм рт. ст.
		2) ниже 130/85 мм рт. ст.
		3) ниже 139/89 мм рт. ст.
		4) ниже 159/99 мм рт. ст.
		5) ниже 179/109 мм рт. ст.
286.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 1 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
287.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
288.	**ПК-6**	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 3 СТЕПЕНИ
		1) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		2) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		3) 180/110 мм рт. ст. и выше
		4) 190/115 мм рт. ст. и выше
		5) 200/120 мм рт. ст. и выше
289.	**ПК-6**	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ

		БОЛЕЗНЬЮ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.
290.	**ПК-6**	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.
291.	**ПК-6**	МУЖЧИНА, 60 ЛЕТ, СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ, КУРИТ. ПЕРЕНЕС ОПЕРАЦИЮ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД = 160/95 ММ РТ СТ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) гипертоническая болезнь 2 стадия 2 степень риск 3
		2) гипертоническая болезнь 3 стадия 3 степень риск 4
		3) гипертоническая болезнь 3 стадия 2 степень риск 4
		4) гипертоническая болезнь 2 стадия 1 степень риск 3
292.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) стенокардии напряжения
		2) инфаркта миокарда
		3) гипертрофии левого желудочка
		4) хронической сердечной недостаточности
293.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) микроальбуминурии
		2) протеинурии
		3) гломерулонефрита
		4) хронической почечной недостаточности
294.	**ПК-6**	ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) утолщением комплекса интимы-медии более 0,9 мм
		2) «перемежающейся» хромотой
		3) появлением атеросклеротических бляшек в крупных артериях
		4) увеличением скорости пульсовой волны (плече-лодыжечный индекс)
295.	**ПК-8**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИБС (СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ)
		1) каптоприл
		2) гипотиазид
		3) метопролол

		4) метилдопа
296.	**ПК-8**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) лизиноприл
		2) верапамил
		3) метопролол
		4) метилдопа
297.	**ПК-10**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
		1) каптоприл
		2) гипотиазид
		3) метопролол
		4) метилдопа
298.	**ПК-10**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОТЕКОМ ЛЕГКИХ
		1) каптоприл
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) клофелин
299.	**ПК-10**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) магния сульфат
		5) клофелин в\в
300.	**ПК-10**	СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
		1) фуросемида
		2) клофелина и бета-блокатора
		3) нитропруссида натрия и бета-блокатора
		4) дроперидола
301.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) дилатация сердечных полостей
		2) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		3) появление приступов стенокардии
		4) гипертрофия левого желудочка
302.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛАСЬ НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ. КАКОЙ

		ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
303.	**ПК-10**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
304.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛАСЬ НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
305.	**ПК-10**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
306.	**ПК-6**	ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение сердечного выброса вследствие повышения активности симпато-адреналовой системы
		2) повышение общего периферического сопротивления
		3) гиперпродукция ренина, ангиотензина и альдостерона
		4) повышение выделения вазопрессина
		5) задержка натрия в стенках артериол
307.	**ПК-10**	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) капотен сублингвально
		2) клофеллин в\в
		3) натрия нитропруссид
		4) фуросемид в\в
308.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ КРИТЕРИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ 3

		СТАДИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) появление гипертонических кризов
		2) высокий уровень АД
		3) возраст пациента
		4) коронарная реваскуляризация
309.	**ПК-6**	В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ
		1) через 2-3 недели после перенесенной ангины
		2) на фоне ОРВИ
		3) вне связи с какой-либо перенесенной инфекцией
		4) после физической нагрузки, переохлаждения
		5) в остром периоде стрептококковой инфекции
310.	**ПК-6**	ЗАТЯЖНОМУ ТЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СООТВЕТСТВУЕТ
		1) длительность атаки 3 – 6 мес., умеренная активность процесса
		2) длительность атаки более 6 мес., монотонная, моносиндромная картина
		3) волнообразное течение с четкими обострениями и неполными ремиссиями
		4) длительность атаки до 3 мес., острое начало, полисиндромность поражения
		5) стертая картина болезни
311.	**ПК-8**	В КАЧЕСТВЕ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НАЗНАЧАЮТ
		1) аминохинолиновые препараты (делагил)
		2) нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, бруфен)
		3) ацетилсалициловая кислота
		4) бензилпенициллин или полусинтетические пенициллины
312.	**ПК-6**	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) золотистый стафилококк
		2) β-гемолитический стрептококк группы С
		3) β-гемолитический стрептококк группы А
		4) возбудитель неизвестен
		5) пневмококк
313.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) это заболевание, вызванное аденовирусами
		2) развитию ревматического процесса способствует наследственная (генетическая) предрасположенность
		3) аутоиммунные реакции при ревматизме наблюдаются крайне редко
		4) заболевание возникает в любом возрасте
314.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО

		СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) это заболевание, вызванное респираторными вирусами
		2) исходом ОРЛ может быть хроническая ревматическая болезнь сердца
		3) аутоиммунные реакции при ревматическом процессе наблюдаются крайне редко
		4) заболевание может развиться после детских инфекций – кори и коклюша
315.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) ведущую роль в патогенезе заболевания играет бактериальное воспаление эндокарда
		2) порок сердца возникает вследствие развития бородавчато-язвенного эндокардита
		3) эффективность длительного лечения пенициллином весьма высока
		4) поражаются в основном крупные суставы
		5) порок сердца развивается спустя месяц после начала первой атаки ревматизма
316.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) ведущую роль в патогенезе заболевания играет бактериальное воспаление эндокарда
		2) порок сердца возникает вследствие развития бородавчато-язвенного эндокардита
		3) эффективность длительного лечения пенициллином весьма высока
		4) поражается в основном миокард и эндокард с последующим развитием пороков сердца и ХСН
		5) порок сердца развивается спустя месяц после начала первой атаки ревматизма
317.	**ПК-6**	КАКОЙ КЛАПАН СЕРДЦА РАНЬШЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ
		1) аортальный
		2) митральный
		3) трехстворчатый
		4) клапан легочной артерии
		5) все клапаны одновременно
318.	**ПК-6**	ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ
		1) зеленящим стрептококком
		2) β - гемолитическим стрептококком группы А
		3) аденовирусом
		4) вирусом кори
		5) пневмококком
319.	**ПК-6**	ОСНОВНОЙ ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
		1) неинфекционные агенты

		2) аллергическая реакция
		3) стрептококковая инфекция
		4) солнечная инсоляция
		5) снижение защитных факторов организма
320.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) крапивница
		2) кольцевидная эритема
		3) петехии
		4) узловатая эритема
		5) иктеричность кожи
321.	**ПК-6**	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ
		1) 1-2 года
		2) 2-3 недели
		3) 3 дня
		4) полгода
322.	**ПК-6**	III - ЕЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СООТВЕТСТВУЕТ
		1) температура тела 37^0С
		2) отсутствие одышки
		3) АСГ - 1: 250
		4) серомукоиды - 0,220
		5) С - реактивный белок +++
323.	**ПК-8**	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ВОЛЬТАРЕНА СВЯЗАН С
		1) блокированием гистамина
		2) возбуждением адренорецепторов
		3) влиянием на гипоталамические центры
		4) стимулированием метаболизма миокарда
		5) подавление биосинтеза простагландинов
324.	**ПК-6**	ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИГРАЕТ
		1) зеленящий стрептококк
		2) β-гемолитический стрептококк группы А
		3) палочка Фридлендера
		4) респираторно-синтициальный вирус
		5) гемофильная палочка
325.	**ПК-6**	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ
		1) клетки Боткина
		2) ашофф-талалаевские гранулемы
		3) клетки Ходжкина
		4) тельца Жолли

326.	**ПК-6**	РЕВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) поражением мелких суставов кистей рук
		2) «летучим» поражением крупных суставов
		3) поражением крупных суставов с их деформацией
		4) поражением большого пальца стопы
327.	**ПК-6**	КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ
		1) лица
		2) ладоней и стоп
		3) волосистой части головы
		4) внутренней поверхности конечностей
328.	**ПК-6**	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) кардит
		3) хорея
		4) артрит
329.	**ПК-6**	ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИИ
		1) ветряной оспы
		2) инфекционного мононуклеоза
		3) паротита
		4) скарлатины
		5) кори
330.	**ПК-5**	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ЭКГ ОТНОСИТСЯ
		1) уширение комплекса QRS
		2) удлинение интервала PQ
		3) индекс Соколова-Лайона
		4) депрессия сегмента ST
331.	**ПК-6**	ИСХОДОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ревматоидный артрит
		2) хроническая ревматическая болезнь сердца
		3) кольцевидная эритема
		4) хорея
332.	**ПК-8**	ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) антибиотиков-аминогликозидов
		3) нестероидных противовоспалительных препаратов
		4) сердечных гликозидов
333.	**ПК-8**	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) нестероидных противовоспалительных препаратов
		3) антибиотиков-аминогликозидов
		4) сердечных гликозидов
334.	**ПК-8**	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) ципрофлоксацина
		2) бициллина
		3) цефтриаксона
		4) кларитромицина
335.	**ПК-5**	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) иррадиирует в левую подмышечную область
		2) лучше выслушивается в положении на правом боку
		3) сопровождается третьим тоном
		4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
		5) лучше выслушивается в вертикальном положении
336.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение левой границы сердца
		2) Faciesmitralis
		3) наличие мерцательной аритмии
		4) наличие "щелчка открытия" митрального клапана
337.	**ПК-6**	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита
		5) всех вышеперечисленных заболеваний
338.	**ПК-5**	ПРИ СОЧЕТАННОМ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ
		1) вверх
		2) влево, вверх и вправо
		3) вверх и вправо
		4) влево
		5) влево и вниз
339.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) увеличение КДО левого желудочка
		2) увеличение давления в левом предсердии
		3) увеличение сердечного выброса
		4) снижение давления в левом желудочке
340.	**ПК-5**	ВЕЛИЧИНА ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

		ДОСТИГАЕТ
		1) 4 - 8 мм рт. ст.
		2) 20 - 30 мм рт. ст.
		3) 1 - 2 мм рт. ст.
		4) 40 - 50 мм рт. ст.
		5) не более 10 мм рт. ст.
341.	**ПК-6**	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
		1) усиливается
		2) уменьшается
		3) не изменяется
		4) исчезает
342.	**ПК-6**	ПОРОК СЕРДЦА - КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ
		1) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
		2) неполное смыкание створок митрального клапана вследствие их органического изменения
		3) дисфункции папиллярных мышц
		4) разрыва хорды
		5) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте
343.	**ПК-6**	ПРИ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ
		1) кожные покровы бледные
		2) цвет кожи с оттенком "кофе с молоком”
		3) акроцианоз, цианотический румянец
		4) цвет кожи "землистый"
		5) цвет кожи не изменен
344.	**ПК-6**	ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) астеническая конституция
		2) диастолическое дрожание над верхушкой
		3) систолическое дрожание во II межреберье справа
		4) ослабление I тона на верхушке
		5) пульсация печени
345.	**ПК-8**	ЖЕНЩИНА 40 ЛЕТ, СТРАДАЮЩАЯ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ, УСТАЛОСТЬ, КОТОРЫЕ ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЮТ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕГКУЮ ДОМАШНЮЮ РАБОТУ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНЫ
		1) бициллинопрофилактика
		2) антикоагулянты
		3) препараты дигиталиса
		4) митральная комиссуротомия
		5) имплантация искусственного клапана

346.	**ПК-6**	ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
		1) возникает через 0,06-0,12 секунд после закрытия аортальных клапанов
		2) характерен для митральной недостаточности
		3) характерен для аортального стеноза
		4) лучше всего выслушивается в точке Боткина
347.	**ПК-5**	ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ МЕЗОСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК, ЗА КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ КОРОТКИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ВЫ МОЖЕТЕ ЗАПОДОЗРИТЬ
		1) митральный стеноз
		2) митральную недостаточность ревматической этиологии
		3) сочетанный митральный порок
		4) пролапс митрального клапана
		5) разрыв сухожильных хорд
348.	**ПК-5**	УКАЖИТЕ R- ПРИЗНАКИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА
		1) талия сердца сглажена
		2) увеличение сердца в поперечнике
		3) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса
		4) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса
		5) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого и большого радиуса
349.	**ПК-6**	ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН
		1) относительной митральной недостаточностью
		2) относительным митральным стенозом
		3) высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии
350.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) физикальное обследование
		2) эхокардиография
		3) электрокардиография
		4) рентгенологическое исследование
351.	**ПК-6**	РЕФЛЕКС КИТАЕВА (АКТИВНЫЙ СПАЗМ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИОЛ) ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
		1) митральной регургитации
		2) прогрессирующего роста давления в левом предсердии (более 25 мм рт.ст.) и в легочных венах
		3) снижения градиента давления «левое предсердие - левый желудочек»
		4) увеличения притока крови к сердцу
		5) повышения давления в полости левого желудочка

352.	**ПК-6**	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ РАЗВИТИЯ
		1) эмфиземы легких
		2) поражения миокарда левого предсердия
		3) легочной гипертензии «активного» типа
		4) легочной гипертензии «пассивного» типа
		5) сопутствующего поражения трехстворчатого клапана
353.	**ПК-6**	ПРЕХОДЯЩАЯ ОХРИПЛОСТЬ ГОЛОСА КАК СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
354.	**ПК-6**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА ХАРАКТЕРНО РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
355.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА ХАРАКТЕРНО УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
356.	**ПК-5**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГОЛОСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА, ИРРАДИИРУЮЩИЙ В ЛЕВУЮ ПОДМЫШЕЧНУЮ ОБЛАСТЬ
		1) аортальный стеноз
		2) недостаточность аортального клапана
		3) митральный стеноз
		4) недостаточность митрального клапана
357.	**ПК-6**	ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) недостаточности аортального клапана
		2) аортального стеноза
		3) недостаточности митрального клапана
		4) митрального стеноза
358.	**ПК-6**	СИМПТОМ КВИНКЕ («ПСЕВДОКАПИЛЛЯРНЫЙ ПУЛЬС») ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана

359.	**ПК-5**	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ФЛИНТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
360.	**ПК-6**	ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН
		1) относительной митральной недостаточностью
		2) относительным митральным стенозом
		3) высокой легочной гипертензией
		4) относительной недостаточностью клапана легочной артерии
361.	**ПК-5**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НА КРУПНЫХ АРТЕРИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ
		1) аортальный стеноз
		2) недостаточность аортального клапана
		3) митральный стеноз
		4) недостаточность митрального клапана
362.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА ХАРАКТЕРЕНPULSUSDIFFERENS
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
363.	**ПК-5**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
		1) недостаточность аортального клапана
		2) аортальный стеноз
		3) недостаточность митрального клапана
		4) митральный стеноз
364.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
		1) аортальный стеноз
		2) недостаточность аортального клапана
		3) митральный стеноз
		4) недостаточность митрального клапана
365.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА
		1) аортального стеноза
		2) недостаточности аортального клапана
		3) митрального стеноза
		4) недостаточности митрального клапана
366.	**ПК-5**	ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

		1) недостаточность аортального клапана
		2) аортальный стеноз
		3) недостаточность митрального клапана
		4) митральный стеноз
367.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ МЮССЭ, КВИНКЕ И ШУМ ФЛИНТА
		1) недостаточность аортального клапана
		2) аортальный стеноз
		3) недостаточность митрального клапана
		4) митральный стеноз
368.	**ПК-5**	АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха
		2) систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на высоте выдоха
		3) систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на правом боку
		4) систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на левом боку
369.	**ПК-5**	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ЦВД) ПРИ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) не изменяется
		2) понижается
		3) повышается
370.	**ПК-6**	У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО И ВВЕРХ, СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА ВЕРОЯТЕН У БОЛЬНОЙ
		1) стеноз митрального клапана
		2) недостаточность митрального клапана
		3) стеноз аортального клапана
		4) недостаточность аортального клапана
371.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ, ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА-ЭРБА. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА ВЕРОЯТЕН У БОЛЬНОГО
		1) стеноз митрального клапана
		2) недостаточность митрального клапана
		3) стеноз аортального клапана
		4) недостаточность аортального клапана
372.	**ПК-5**	ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
		1) систолический шум на верхушке
		2) диастолический шум на верхушке

		3) систолический шум над аортой
		4) хлопающий первый тон на верхушке
373.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
		1) ослабленный 1-й тон на верхушке
		2) систолический шум на верхушке сердца
		3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа
		4) хлопающий первый тон на верхушке
374.	**ПК-5**	ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) пульсация зрачков
		2) снижение пульсового давления
		3) высокое диастолическое АД
		4) систолический шум над аортой
375.	**ПК-6**	СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) сифилиса
376.	**ПК-6**	ПРИ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ
		1) кожные покровы бледные
		2) цвет кожи с оттенком "кофе с молоком”
		3) цвет кожи с оттенком "кофе с молоком”
		4) акроцианоз, цианотический румянец
377.	**ПК-6**	ЧТО НЕВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
		1) этиология b-гемолитический стрептококк группы А
		2) главный признак болезни узелки Ашофф - Талалаева
		3) почти всегда поражаются суставы
		4) преднизолон должен назначаться каждому больному с ревматическим пороком сердца
378.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение левой границы сердца
		2) Faciesmitrales
		3) наличие мерцательной аритмии
		4) наличие "щелчка открытия" митрального клапана
		5) сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании
379.	**ПК-5**	УСИЛЕНИЕ 1-ГО ТОНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
		1) недостаточности митрального клапана
		2) недостаточности трехстворчатого клапана
		3) недостаточности аортального клапана

		4) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
		5) аортального стеноза
380.	**ПК-5**	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) иррадиирует в левую подмышечную область
		2) лучше выслушивается в положении на правом боку
		3) сопровождается третьим тоном
		4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
		5) лучше выслушивается в вертикальном положении
381.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО, УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА, ВЫРАЖЕННЫЙ СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И ТАМ ЖЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ФЕНОМЕНОВ НЕПРЕМЕННО ДОЛЖЕН ИМЕТЬ МЕСТО У ДАННОГО БОЛЬНОГО
		1) систолический шум на верхушке
		2) диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум над аортой
		4) диастолический шум над аортой
		5) систолический шум у мечевидного отростка
382.	**ПК-5**	ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО
		1) хлопающий первый тон на верхушке
		2) систолический шум на верхушке
		3) увеличение границ сердца влево
		4) снижение сердечного выброса
383.	**ПК-5**	ПАЦИЕНТ 19 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА
		1) ЭКГ
		2) эхокардиография
		3) рентгеноскопия грудной клетки
		4) исследование крови на титры антистрептококковых антител
		5) ни один из перечисленных методов
384.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО 41 ГОДА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВОЗНИК ПАРОКСИЗМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ С ЧСС 190 В МИНУТУ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ЗАСТОЯ В ЛЕГКИХ. С ЧЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ
		1) дигоксин
		2) коринфар
		3) обзидан

		4) лидокаин
		5) электрическая дефибрилляция
385.	**ПК-5**	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ АД ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) не изменяется
		2) повышается только систолическое
		3) повышается только диастолическое
		4) повышается систолическое АД и понижается диастолическое
		5) понижается систолическое АД и повышается диастолическое
386.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОЯВИЛИСЬ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ. ЧЕМ ГРОЗИТ ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА
		1) развитием недостаточности кровообращения
		2) появлением фибрилляции предсердий
		3) появлением коронарной недостаточности
		4) всем вышеперечисленным
		5) ничем из перечисленного
387.	**ПК-5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
		1) систолический шум на верхушке сердца
		2) ослабленный 1-й тон на верхушке
		3) протодиастолический шум во 2-м межреберье справа
		4) диастолический шум на верхушке
		5) ослабленный 2-й тон во 2-м межреберье справа
388.	**ПК-6**	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита
		5) всех вышеперечисленных заболеваний
389.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) пульсация зрачков
		2) снижение пульсового давления
		3) быстрый и высокий пульс
		4) высокое систолическое АД
		5) высокий сердечный выброс
390.	**ПК-6**	СТЕНОЗ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита

		5) всех вышеперечисленных заболеваний
391.	**ПК-5**	ПЛОЩАДЬ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 1-2 кв. см
		2) 4-6 кв.см
		3) 8-10 кв. см
		4) 8 кв.см
392.	**ПК-6**	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ
		1) при стенозе устья аорты
		2) при недостаточности митрального клапана
		3) при легочной гипертензии любого происхождения
		4) при недостаточности трикуспидального клапана
		5) при недостаточности клапана аорты
393.	**ПК-6**	МЕХАНИЗМОМ ПОЯВЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
		1) недостаточности аортального клапана
		2) недостаточности трикуспидального клапана
		3) недостаточности митрального клапана
		4) недостаточности клапана легочной артерии
394.	**ПК-5**	КАКОЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) голосистолический
		2) протосистолический
		3) мезосистолический
		4) пресистолический
		5) протодиастолический
395.	**ПК-5**	ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) брадикардия
		2) мерцательная аритмия
		3) малый медленный
		4) высокий скорый
396.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) S.Aureus
		2) Str.pneumoniae
		3) Kl.pneumonia
		4) H.influensae
397.	**ПК-6**	ПОРАЖЕНИЕ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
		1) у наркоманов
		2) у детей
		3) у мужчин
		4) у женщин

398.	**ПК-6**	У НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
		1) митральный клапан
		2) аортальный клапан
		3) клапан легочной артерии
		4) трехстворчатый клапан
399.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЭХО-КГ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) гипокинез
		2) акинез
		3) вегетации на клапанах
		4) дилатация полостей сердца
400.	**ПК-8**	АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) оксациллин, гентамицин
		2) амоксициллин, кларитромицин
		3) фтивазид, рифампицин
401.	**ПК-5**	К ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) с врожденными пороками сердца
		2) с ожирением
		3) с сахарным диабетом
		4) с артериальной гипертензией
402.	**ПК-5**	УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПОСОБСТВУЕТ
		1) рост наркомании
		2) прием антибиотиков
		3) повышение уровня жизни
		4) гиподинамия
403.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) гиперемия кожных покровов с вишневым оттенком
		2) цвета «кофе с молоком»
		3) диффузный цианоз
		4) желтуха
404.	**ПК-5**	К ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) цвет кофе с молоком
		2) диффузный теплый цианоз
		3) акроцианоз
		4) герпетические высыпания
405.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) оперативные вмешательства

		2) длительное курение
		3) тесный контакт с больным туберкулезом легких
		4) психоэмоциональный стресс
406.	**ПК-6**	ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) кольцевидная эритема
		2) эритема в форме бабочки на лице
		3) узелки Ослера
		4) узелки Гебердена
407.	**ПК-6**	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ - ЭТО
		1) острое несоответствие коронарного кровотока и потребностей миокарда в кислороде
		2) полипозно-язвенное воспаление эндокарда
		3) системное воспалительное заболевание с поражением клапанов сердца
		4) первичное поражение миокарда с расширением полостей сердца
408.	**ПК-5**	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) узелки Ослера
		3) подвижные вегетации на створках клапана
		4) пятна Рота
409.	**ПК-5**	К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) лейкоцитоз
		3) лейкопения
		4) положительная культура крови
410.	**ПК-6**	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ
		1) аортальный клапан
		2) митральный клапан
		3) трикуспидальный клапан
		4) клапан легочной артерии
411.	**ПК-8**	ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
		1) активная иммунокорригирующая терапия
		2) длительная терапия глюкокортикостероидами
		3) хирургическое лечение
		4) непрерывная антибактериальная терапия
412.	**ПК-5**	КРАЕУГОЛЬНЫМ КАМНЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) положительная культура крови
		2) отрицательная культура крови
		3) лейкоцитоз
		4) лейкопения

413.	**ПК-5**	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) врожденный стеноз аортального клапана
		2) кариозные зубы
		3) внутривенная наркомания
		4) хроническая алкогольная интоксикация
414.	**ПК-8**	КАКОЙ АНТИБИОТИК НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ, ВЫЗВАННЫМ СТРЕПТОКОККОМ, С АЛЛЕРГИЕЙ К ПЕНИЦИЛЛИНУ
		1) эритромицин
		2) цефалоспорины
		3) ампициллин
		4) оксациллин
		5) ванкомицин
415.	**ПК-5**	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) атеросклероз коронарных артерий
		2) спазм коронарных артерий
		3) эритроцитоз
		4) эмболия в коронарные артерии
416.	**ПК-5**	В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАРЯДУ С БАКТЕРИЕМИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) дефицит железа
		2) снижение общей реактивности организма
		3) дефицит факторов свертывания крови
417.	**ПК-8**	НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) амоксициллин
		2) флуконазол
		3) цефтриаксон
		4) ванкомицин
418.	**ПК-5**	К ОСНОВНЫМ ЗВЕНЬЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) бактериемия
		2) атеросклероз
		3) гиперхолестеринемия
		4) активация РААС
419.	**ПК-6**	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ
		1) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе

		2) после операций на полости рта
		3) после эндоскопических исследований
		4) у наркоманов, пользующихся внутривенными наркотиками
420.	**ПК-6**	К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВАСКУЛИТОМ ИЛИ ЭМБОЛИЕЙ ОТНОСЯТ
		1) пятна Лукина
		2) пальцы в виде барабанных палочек
		3) ногти в виде часовых стекол
		4) подкожные ревматические узелки
421.	**ПК-5**	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ожирение
		2) гиподинамия
		3) курение
		4) наличие порока сердца
		5) легочная гипертензия
422.	**ПК-5**	В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ
		1) нарушение насосной функции сердца
		2) снижение АД
		3) снижение функции автоматизма сердца
		4) гипертрофия левого желудочка
		5) понижение давления в малом круге
423.	**ПК-5**	ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ
		1) снижения коронарной перфузии
		2) спазма легочных артериол
		3) ретроградной передачи повышенного давления на сосуды малого круга
		4) снижения периферического сопротивления
		5) повышения легочного сопротивления
424.	**ПК-6**	ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАСТОЙНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) периферические отеки нижних конечностей
		2) гипертензия в малом круге кровообращения
		3) выпот в плевральных полостях
		4) увеличение живота
		5) повышение конечного диастолического давления в правом желудочке
425.	**ПК-5**	ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тканевая гипоксия
		2) снижение систолической или диастолической функции миокарда
		3) гиперактивация симпато-адреналовой системы

		4) спазм артериол
		5) активация местных тканевых РАС
426.	**ПК-8**	УКАЖИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) ректальный
		2) сублингвальный
		3) внутрь
		4) внутривенный
		5) накожный
427.	**ПК-6**	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA
		1) I класса
		2) II класса
		3) III класса
		4) IV класса
428.	**ПК-6**	ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) отеки
		2) желтуха
		3) увеличение печени
		4) цианоз
		5) одышка
429.	**ПК-5**	РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ СПОСОБСТВУЕТ
		1) появление отеков на нижних конечностях
		2) повышение давления в легочных капиллярах
		3) депонирование крови в печени
		4) дилатация правых отделов сердца
		5) уменьшение постнагрузки
430.	**ПК-11**	НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ
		1) введение прессорных аминов
		2) лазикс внутривенно
		3) эуфиллинвнутрь
		4) ингаляция симпатомиметика
431.	**ПК-8**	КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) лазикс
		2) верошпирон
		3) диакарб
		4) гипотиазид

432.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ХОБЛ
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) кардиомиопатии
		4) миокардит
433.	**ПК-6**	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ
		1) вентрикулография
		2) стресс допплер-эхокардиография
		3) компьютерная томография
		4) допплер-эхокардиография
		5) электрокардиография
434.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) электрокардиография
		2) эхокардиография
		3) рентгенография сердца в трех проекциях
		4) фонокардиография
		5) зондирование полостей сердца
435.	**ПК-5**	ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) КФК
		2) аминотрансфераз
		3) креатинина
		4) натрийуретических пептидов
		5) щелочной фосфатазы
436.	**ПК-5**	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
		1) ревматические пороки сердца
		2) ИБС
		3) артериальная гипертензия
		4) кардиомиопатия
		5) миокардиты и миокрдиодистрофия
437.	**ПК-6**	КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) набухание шейных вен
		2) асцит
		3) увеличение печени
		4) ортопноэ
		5) отеки на ногах
438.	**ПК-5**	СИМПТОМОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

		ЯВЛЯЕТСЯ ЭКГ-ПРИЗНАК
		1) отклонение электрической оси сердца вправо
		2) смещение переходной зоны влево
		3) высокие зубцы R в левых грудных отведениях
		4) высокие зубцы R в правых грудных отведениях
		5) глубокие зубцы S в левых грудных отведениях
439.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ
		1) дигоксин
		2) строфантин
		3) изоланид
		4) коргликон
		5) верошпирон
440.	**ПК-8**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β-БЛОКАТОРОВ
		1) синусовая тахикардия
		2) желудочковая тахикардия
		3) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
		4) бронхиальная астма
		5) артериальная гипертония
441.	**ПК-6**	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ортопноэ
		2) асцит
		3) увеличение печени
		4) набухание шейных вен
		5) отеки на ногах
442.	**ПК-6**	ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение печени
		2) кашель
		3) сердечная астма
		4) акроцианоз
		5) отеки
443.	**ПК-5**	ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС)
		2) активация симпатико-адреналовой системы
		3) снижение сократительной способности миокарда
		4) активация выработки альдостерона и вазопрессина (АДГ)
		5) развитие ремоделирования миокарда
444.	**ПК-5**	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (HP)
		1) выявление HP в гистологических препаратах слизистой оболочки

		желудка
		2) выявление HP в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры HP и определение ее чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
445.	**ПК-5**	БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках -отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам
		3) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		4) определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C (дыхательный тест)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
446.	**ПК-5**	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам
		3) выявление антител IgM и IgG к HP в крови с помощью ИФА
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
447.	**ПК-5**	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		3) выявление антител IgM и IgG к HP в крови с помощью иммуноферментного анализа
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
448.	**ПК-5**	ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (HP)
		1) выявление HP в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка

		2) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) изучение уреазной активности HP в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
449.	**ПК-5**	БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTERPYLORI (HP) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ
		1) изучение уреазной активности HP в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
		2) выявление антител IgM и IgG к H.pylori в крови с помощью иммуноферментного анализа
		3) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
450.	**ПК-8**	КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacterpylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
451.	**ПК-8**	ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacterpylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
452.	**ПК-8**	МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacterpylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
453.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СНИЖАЕТСЯ СЕКРЕТОРНО - КИСЛОТОООБРАЗУЮШАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА
		1) хронический антральный гастрит (ХГ типа В)
		2) болезнь Менетрие (гипертрофический гастрит)
		3) синдром Золлингера – Эллисона при гастриномах
		4) хронический фундальный гастрит (ХГ типа А)

454.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) появление антител к обкладочным клеткам
		2) появление антител к гастромукопротеину
		3) появление антител к Helicobacterpylori
		4) развитие B_{12} дефицитной анемии
455.	**ПК-5**	ПРИ pH-МЕТРИИ В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА НОРМАЦИДНЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ
		1)0.9 – 1.2
		2) 1.3 – 1.7
		3) 1.8 – 3.0
		4) 3.0 – 7.0
456.	**ПК-5**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ
		1) железодефицитная
		2) B_{12}- дефицитная
		3) гипопластическая (апластическая)
		4) гемолитическая
457.	**ПК-8**	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacterpylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
458.	**ПК-8**	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) де-нол
		4) дротаверин
459.	**ПК-5**	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) рентгеноскопия желудка
		2) исследование желудочной секреции с гистамином
		3) фиброгастроскопия с прицельной биопсией
		4) реакция Грегерсена
		5) цитологическое исследование промывных вод желудка
460.	**ПК-5**	ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) повышение базальной и стимулированной секреции
		2) снижение секреторной функции
		3) секреция не изменяется

		4) развивается полная ахлоргидрия
		5) секреция снижается незначительно
461.	**ПК-5**	ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА ПРИ ТОЛЧКОВОЙ ПЕРКУССИИ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 5-6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
		1) о развитии перфорации желудка
		2) о развитии желудочного кровотечения
		3) об обострении хронического гастрита
		4) о развитии стеноза привратника
462.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН
		1) блокатор н2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) холинолитик местного действия
		4) антацид
		5) миотоник
463.	**ПК-5**	САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
		1) рентгенологическое
		2) кала на скрытую кровь
		3) желудочной секреции
		4) физикальное (перкуссия, пальпация)
		5) эндоскопическое
464.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ
		1) блокатор н2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) антацид
		4) холинолитик местного действия
		5) миотоник
465.	**ПК-8**	ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ
		1) через 30 минут после еды
		2) через 1-2 часа после еды
		3) за 30 мин. до еды
		4) только на ночь
		5) во время приема пищи
466.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
		1) рентгенологический
		2) эндоскопический
		3) исследование кала на скрытую кровь
		4) желудочный сок с гистамином
		5) эндоскопия с биопсией
467.	**ПК-8**	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЮТ В КВАДРОСХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

		1) панкреатин
		2) де-нол
		3) атропин
		4) платифиллин
468.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
		5) кровотечение
469.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
470.	**ПК-6**	У 30-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ОТМЕЧАЮТСЯ НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ. ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОСТРЫЕ БОЛИ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
471.	**ПК-8**	ПРОТИВОЯЗВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ Н-2 РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА
		1) энпростил
		2) сукральфат
		3) даларгин
		4) фамотидин
		5) гастал
472.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
		1) стафилококк
		2) стрептококк
		3) грибы рода candida
		4) helicobacterpylori
		5) энтерококк
473.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЛОРОСТЕНОЗА

		1) рвота кофейной гущей
		2) мелена
		3) рвота к вечеру утренней пищей
		4) похудание, нарастание анемии
		5) интенсивные боли опоясывающего характера
474.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
		1) рвота кофейной гущей
		2) рвота к вечеру утренней пищей
		3) похудание, нарастание анемии
		4) интенсивные боли опоясывающего характера
		5) мелена
475.	**ПК-8**	К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ
		1) омепразол
		2) зантак
		3) протаб
		4) смекта
		5) энпростил
476.	**ПК-8**	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метронидазол
		3) атропин
		4) сукральфат
477.	**ПК-8**	ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) кларитромицин
		4) дротаверин
478.	**ПК-8**	ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
		1) панкреатина
		2) метоклопрамида
		3) де-нола
		4) метронидазола
479.	**ПК-6**	ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) особенности болевого синдрома
		2) отсутствие сезонности обострений
		3) диагностика Helicobacterpylori
		4) астеноневротический
480.	**ПК-5**	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический

		4) реактивный рефлюкс-гастрит
481.	**ПК-5**	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
482.	**ПК-5**	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА С
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
483.	**ПК-5**	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка
		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
484.	**ПК-5**	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка
		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
485.	**ПК-5**	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХИМИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка
		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
486.	**ПК-6**	ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
		1) болевой
		2) желудочной диспепсии
		3) кишечной диспепсии
		4) астеноневротический
487.	**ПК-6**	КРИТЕРИИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФУНДАЛЬНОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) может быть тип А
		2) ассоциирован с Helicobacterpylori
		3) последствие воздействия эндогенных факторов
		4) аутоиммунный характер поражения
488.	**ПК-10**	У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ 2-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ ВОЗНИК РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ

		ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЕЙ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И РВОТОЙ КИСЛЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ ПРЕДПОЧТЕТЕ, НАРЯДУ С ДИЕТОЙ И РЕЖИМОМ
		1) церукал
		2) промедол
		3) атропин
		4) анальгин
489.	**ПК-6**	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль, не связанная с приемом пищи
		3) острая «кинжальная» боль
		4) боли через 30 мин после еды
490.	**ПК-5**	КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
		3) постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
		4) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		5) боли через 30 мин после еды
491.	**ПК-8**	ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ СХЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) омепразол+амоксициллин+кларитромицин
		2) омепразол+амоксициллин+де-нол
		3) омепразол+амоксициллин+платифиллин
		4) омепразол+амоксициллин+фамотидин
492.	**ПК-8**	ДЛЯ ПРЕПАРАТА ФАМОТИДИН ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H_2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик
493.	**ПК-8**	ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H_2-гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик

494.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
		5) демпинг-синдром
495.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА
		1) хронический антрум-гастрит
		2) хронический атрофический гастрит
		3) хронический гипертрофический гастрит
		4) синдром Золлингера - Эллисона
		5) при всех указанных формах
496.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
		1) рентгенологический
		2) эндоскопический
		3) кал на скрытую кровь
		4) желудочный сок с гистамином
		5) эндоскопия с биопсией
497.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ "ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ", РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО
		1) пенетрация
		2) перфорация
		3) кровотечение
		4) стеноз привратника
		5) малигнизация
498.	**ПК-5**	СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ
		1) перфорацией
		2) кровотечением
		3) пенетрацией
		4) малигнизацией
		5) ничем из названного
499.	**ПК-6**	К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ
		1) хронический гастрит
		2) язвенная болезнь желудка

		3) язвенная болезнь 12-перстной кишки
		4) холецистит
		5) панкреатит
500.	**ПК-8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) атропин
		2) натуральный желудочный сок
		3) альмагель
		4) гастросидин
		5) гистамин
501.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ
		1) бетацид
		2) панзинорм
		3) фамотидин
		4) преднизолон
		5) натуральный желудочный сок
502.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H_2-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ
		1) димедрол
		2) метацин
		3) альмагель
		4) атропин
		5) фамотидин
503.	**ПК 6**	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) регионарные лимфоузлы
		2) печень
		3) вирховская железа
		4) дугласово пространство
		5) легкие
504.	**ПК 8**	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
		1) холинолитики
		2) симпатомиметики
		3) полусинтетические пенициллины
		4) H_2-гистаминовые блокаторы
		5) висмутсодержащие препараты (де-нол)
505.	**ПК 5**	ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ
		1) с непереносимостью жиров
		2) после вирусного гепатита
		3) аллергией к йоду
		4) с желчнокаменной болезнью

		5) в любом из перечисленных случаев
506.	**ПК 6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО
		1) приступы желчной колики
		2) нарушение стула
		3) диспепсический синдром
		4) утолщение стенки желчного пузыря на УЗИ
507.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
508.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) платифиллин
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
509.	**ПК 5**	БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ВДОХЕ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
		5) симптом Кача
510.	**ПК 8**	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк
511.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку при

		нарушении диеты
512.	**ПК 5**	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
513.	**ПК 5**	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ НЕРВ МЕЖДУ НОЖКАМИ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫЩЦЫ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
514.	**ПК 6**	ДЛЯ КАКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН КОЖНЫЙ ЗУД
		1) воспалительный
		2) диспепсический
		3) болевой
		4) холестатический
515.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) сорбит
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
516.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
517.	**ПК 8**	В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) Н2-блокаторы гистамина
		2) спазмолитические средства
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
518.	**ПК 8**	В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) холекинетики

		2) спазмолитики
		3) хирургическое лечение
		4) антациды
519.	**ПК 8**	К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
520.	**ПК 8**	К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
521.	**ПК 8**	РАСТВОРЕНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЕТ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
522.	**ПК 5**	РЕШАЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА
		1) дуоденальное зондирование
		2) УЗИ
		3) холецистография
		4) рентгеноскопия желудка
		5) ретроградная панкреато-холангиография
523.	**ПК 6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ
		1) симптом Мюссэ
		2) симптом Менделя
		3) симптом Щеткина-Блюмберга
		4) симптом Мейо-Робсона
		5) симптом Кера
524.	**ПК 5**	ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО
		1) смена поносов запорами
		2) изжога
		3) боли в левом подреберье
		4) плохая переносимость жирной пищи
		5) ничего из перечисленного
525.	**ПК 8**	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

		1) атропин
		2) папаверин
		3) нитроглицерин
		4) морфин
		5) анальгин
526.	**ПК 6**	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА
		1) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
		2) приступ болей в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
		3) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
		4) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
		5) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью
527.	**ПК 8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк
528.	**ПК 8**	БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ
		1) спазмолитики
		2) β-блокаторы
		3) антибиотики
		4) холеретики
		5) холекинетики
529.	**ПК 5**	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) желчно-каменная болезнь
		2) псевдокисты поджелудочной железы
		3) злоупотребление алкоголем
		4) алиментарный фактор
530.	**ПК 5**	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боль носит «опоясывающий» характер

531.	**ПК 5**	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) желчно-каменная болезнь
		2) псевдокисты поджелудочной железы
		3) злоупотребление алкоголем
		4) алиментарный фактор
532.	**ПК 5**	ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) панкреозиминовый тест
		2) тест Шиллинга
		3) тест на толерантность к глюкозе
		4) проба Ласуса
533.	**ПК 5**	ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень амилазы крови и мочи
		3) уровень щелочной фосфатазы
		3) гипергликемия
534.	**ПК 5**	ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кольцевидная эритема
		2) пятна Лукина
		3) симптом «рубиновых капелек»
		4) узелки Ослера
535.	**ПК 6**	СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ
		1) хроническом панкреатите
		2) хроническом холецистите
		3) хроническом гастрите
		4) хроническом гепатите
536.	**ПК 8**	В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
		1) бускопана
		2) креона
		3) панкреатина
		4) фестала
537.	**ПК 8**	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ПРОТЕОЛИЗА ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) контрикал
		2) креон
		3) фестал
		4) платифиллин
538.	**ПК 8**	С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ

		ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) кетонал
		2) креон
		3) церукал
		4) фестал
539.	**ПК 8**	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОНТРИКАЛА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой синдром
		2) диспепсический синдром
		3) гиперферментемия
		4) гипергликемия
540.	**ПК 5**	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
541.	**ПК 5**	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
542.	**ПК 8**	ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) контрикала
		2) креона
		3) сандостатина
		4) инсулина
543.	**ПК 5**	МЕТОД ОЦЕНКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) секретин-панкреозиминовый тест
		2) определение радиоиммунного инсулина в крови
		3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
		4) ангиография поджелудочной железы
544.	**ПК 5**	КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА ОБЛЕГЧАЕТ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
		1) лежа на левом боку
		2) лежа на правом боку
		3) коленно-локтевое положение
		4) лежа на спине

545.	**ПК 8**	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) фосфалюгель
		2) платифиллин
		3) сандостатин
		4) трасилол
		5) квамател
546.	**ПК 8**	В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХП НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ
		1) кетонал
		2) трамадол
		3) баралгин
		4) морфий
547.	**ПК 5**	ВЫДЕЛИТЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ТОТ, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩАЯ ФОРМА ПАНКРЕАТИТА
		1) наличие кист в поджелудочной железе
		2) злоупотребление алкоголем
		3) желчнокаменная болезнь
		4) тнаследственность
		5) инфицирование вирусом эпидемического паротита
548.	**ПК 6**	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) рвота
		2) изжога
		3) отрыжка
		4) боль
		5) метеоризм
549.	**ПК 5**	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) кальцификация поджелудочной железы при УЗИ
		2) повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ
		3) нарушение толерантности к глюкозе
		4) гиперамилазурия
550.	**ПК 8**	ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЬШЕЙ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) фестал
		2) панкреатин
		3) креон
		4) мезим
551.	**ПК 6**	СОГЛАСНО МАРСЕЛЬСКО-РИМСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХП (1988) РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ
		1) кальцифицирующий
		2) обструктивный
		3) фиброзно-индуративный
		4) псевдотуморозный панкреатит

		5) верно 1,2,3
552.	**ПК 8**	БЛОКАТОРОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) гастрин
		2) секретин
		3) соматостатин
		4) холецистокинин
		5) инсулин
553.	**ПК 5**	ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение секреции желудочного сока
		2) повышение кислотности желудочного сока
		3) активация ферментов в ткани поджелудочной железы и аутолиз
		4) повышенная выработка желчи и дуодено-гастральный рефлюкс
554.	**ПК 5**	ИЗ КОЖНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХП ХАРАКТЕРНЫ
		1) сосудистые звездочки
		2) ксантомы
		3) ”рубиновые капельки”
		4) следы расчесов
		5) желтушность
555.	**ПК 6**	ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХП ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) сдавление общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы
		2) повышенный гемолиз
		3) дуодено-гастральный рефлюкс желчи
		4) развитие гепатита
		5) развитие холангита
556.	**ПК 8**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПОДАВЛЯЮТ СЕКРЕЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) H_2-блокаторы
		4) трасилол, контрикал
		5) октреотид, сандостатин
557.	**ПК 8**	ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ
		1) белковая
		2) углеводная
		3) жировая
		4) голод
558.	**ПК 6**	ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной

		железы
		2) повышенный гемолиз
		3) реактивный гепатит
		4) присоединение желчнокаменной болезни
		5) синдром Жильбера
559.	**ПК 5**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень аминотрансфераз крови
		3) уровень амилазы крови и мочи
		4) уровень щелочной фосфатазы
		5) гипергликемия
560.	**ПК 8**	КАКОЕ СРЕДСТВО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) фамотидин
		4) трасилол
		5) тразикор
561.	**ПК 8**	СРЕДСТВО, ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) альмагель
		2) платифиллин
		3) фестал
		4) трасилол
		5) мезим
562.	**ПК 6**	ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ - ДИФФУЗНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕЧЕНИ, ПРОДОЛЖАЮЩИЙСЯ БОЛЕЕ
		1) 3 месяцев
		2) 6 месяцев
		3) 12 месяцев
		4) 3-х лет
563.	**ПК 5**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО
		1) формирование узлов регенерации
		2) нарушение архитектоники печени
		3) образование фиброзных септ
		4) воспалительная инфильтрация портальных полей
564.	**ПК 5**	ПРИЧИНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) повышенный распад эритроцитов
		2) отек головки поджелудочной железы
		3) обтурация желчного протока камнем
		4) образование преципитатов в протоках поджелудочной железы
565.	**ПК 5**	ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ СРЕДСТВ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ

		ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ
		1) холецистокинина
		2) секретина
		3) атропина
		4) молока
		5) аскорбиновой кислоты
566.	**ПК 6**	ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
		1) при язвенной болезни
		2) при желчнокаменной болезни
		3) при постгастрорезекционном синдроме
		4) при хроническом колите
		5) при лямблиозе
567.	**ПК 8**	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ
		1) углеводы
		2) белки
		3) жиры
		4) жидкость
		5) минеральные соли
568.	**ПК 5**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) секретин-панкреозиминовый тест
		2) сцинтиграфия поджелудочной железы
		3) определение жира в кале
		4) все перечисленные методы
		5) ни один из перечисленных
569.	**ПК 5**	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
570.	**ПК 5**	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ВМАРКЕРОМ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
571.	**ПК 5**	АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) выраженностью фиброза
		2) уровнем трансаминаз
		3) уровнем билирубина
		4) уровнем СОЭ

572.	**ПК 6**	СПЕЦИФИЧНЫМ СИНДРОМОМ ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой
		2) диспепсический
		3) цитолитический
		4) астено-вегетативный
573.	**ПК 5**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ,
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
574.	**ПК 5**	ДЛЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ,
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
575.	**ПК 6**	МАЛОСИМПТОМНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
		1) хронического вирусного гепатита В
		2) хронического вирусного гепатита С
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
576.	**ПК 8**	КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) левамизол
		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) лактулоза
577.	**ПК 6**	РАЗВИТИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПРИ
		1) хроническом вирусном гепатите В
		2) хроническом вирусном гепатите С
		3) хроническом вирусном гепатите В+С
		4) хроническом аутоиммунном гепатите
578.	**ПК 8**	КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение гиперферментемии
		2) уменьшение клинических симптомов
		3) элиминация сывороточнойHDV-ДНК

		4) элиминация сывороточнойHCV-ДНК
579.	**ПК 8**	УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
580.	**ПК 8**	АДЕМЕТИОНИН (ГЕПТРАЛ) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
581.	**ПК 8**	ЛАКТУЛОЗА (ДЮФАЛАК) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
582.	**ПК 8**	ЛАМИВУДИН ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
583.	**ПК 8**	ЭКСТРАКТ ПЛОДОВ РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) иммуносупрессивное
		3) гепатопротективное
		4) детоксицирующее
584.	**ПК 8**	ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАКОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АЗАТИОПРИН
		1) хронического вирусного гепатита В
		2) хронического вирусного гепатита С
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
585.	**ПК 8**	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОКАЗЫВАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
		1) метотрексат
		2) преднизолон
		3) интерферон α
		4) лактулоза
586.	**ПК 6**	КАКОЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
		1) цитолитический

		2) холестатический
		3) портальной гипертензии
		4) диспепсический
587.	**ПК 6**	ЧТО ОТЛИЧАЕТ ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ОТ ВТОРИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) цитолитический синдром
		2) холестатический синдром
		3) синдром портальной гипертензии
		4) образование аутоантител к мембране клеток желчных протоков
588.	**ПК 5**	КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) биопсия
		2) сканирование
		3) компьютерная томография
		4) обследование на маркеры вирусных гепатитов
589.	**ПК 6**	КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ОТРАЖАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ
		1) геморрой
		2) асцит
		3) желтуха
		4) спленомегалия
590.	**ПК 5**	ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ В БИОПТАТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТЕЛЬЦА МАЛЛОРИ
		1) алкогольной
		2) аутоиммунной
		3) вирусной
		4) лекарственной
591.	**ПК 8**	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ
		1) жиры
		2) белки
		3) углеводы
		4) минеральные соли
592.	**ПК 6**	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСИТСЯ
		1) асцит, спленгомегалия, «голова медузы»
		2) полиурия, гипотония, брадикардия
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, кожный зуд, телеангиэктазии
593.	**ПК 5**	ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
		1) билирубин, ПТИ, альбумин
		2) билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза
		3) трансаминазы, фибриноген

		4) α-фетопротеин, щелочная фосфатаза
594.	**ПК 6**	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) спленомегалия, снижение массы тела
		2) желтуха, гепатомегалия
		3) петехии, лихорадка, гепато-спленомегалия
		4) асцит, энцефалопатия
595.	**ПК 6**	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕПАТО-РЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) олигурия, азотемия
		2) гематурия, никтурия
		3) поллакиурия, полиурия
		4) протеинурия, нефротический синдром
596.	**ПК 5**	ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) повышение ПТИ
		2) повышение щелочной фосфатазы
		3) повышение γ-глутамилтранспептидазы
		4) повышение α-фетопротеина
597.	**ПК 8**	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) лапароцентез
		2) ограничение белка, назначение диуретиков
		3) проведение форсированного диуреза
		4) ограничение соли и жидкости, введение альбумина, назначение диуретиков
598.	**ПК 5**	НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ
		1) 5,0-20,5 мкмоль/л
		2) 0,5-5, 0 мкмоль/л
		3) 10,0-15,0 мкмоль/л
		4) 20,5-40,1 мкмоль/л
599.	**ПК 6**	ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
600.	**ПК 6**	ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, спленомегалия, увеличение непрямого билирубина
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
601.	**ПК-6**	ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ

		ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
602.	**ПК-6**	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
603.	**ПК-6**	ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) холедохолитиаз
		2) стриктура Фатерова соска
		3) рак головки поджелудочной железы
		4) ничего из перечисленного
		5) все вышеназванное
604.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ, g-глютаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
		3) снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия
		4) повышение уровня g-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов
		5) повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня g-глобулинов, гипербилирубинемия
605.	**ПК-6**	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ
		1) желтуха
		2) бугристая печень
		3) повышение уровня аминотрансфераз
		4) отсутствие в крови a-фетопротеина
		5) повышение уровня билирубина
606.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ – 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ
		1) гемолизом
		2) кровопотерей из расширенных вен пищевода
		3) гиперспленизмом

		4) нарушением всасывания железа
		5) синдромом холестаза
607.	**ПК-6**	ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10СМ. БИЛИРУБИН – 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) портальный цирроз печени
		2) хронический активный гепатит
		3) гемолитическая желтуха
		4) билиарный цирроз печени
		5) острый вирусный гепатит
608.	**ПК-6**	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ
		1) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
		2) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
		3) на тромбоз мезентериальной артерии
		4) на неспецифический язвенный колит
		5) на кровоточащие язвы желудка
609.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) хронический вирусный гепатит с выраженной активностью
		4) желчно-каменная болезнь
		5) цирроз печени
610.	**ПК-6**	У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ УХУДШИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ: ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ, ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОГО
		1) холестаз
		2) печеночная кома
		3) желудочно-кишечное кровотечение
		4) портальная гипертензия
		5) гепато-ренальный синдром
611.	**ПК 10**	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) вторичный билиарный цирроз
		2) хронический высокой активности гепатит
		3) хронический минимальной активности гепатит

		4) новообразование печени
		5) ни одно из перечисленных состояний
612.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютамилтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
613.	**ПК-6**	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
		1) вирусный гепатит в анамнезе
		2) данные гистологического исследования печени
		3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена
		4) периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия
		5) выявление в сыворотке α-фетопротеина
614.	**ПК-6**	ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии
		2) раннее поражение ЦНС
		3) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности
		4) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности ЩФ
		5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови
615.	**ПК-6**	ДЛЯ КАКОГО ВИДА ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНА ТОЛЬКО ПРЯМАЯ (КОНЪЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ
		1) гемолитическая
		2) печеночно-клеточная
		3) механическая
		4) при внутрипеченочном холестазе
		5) при нарушении захвата и связывания билирубина
616.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) холедохолитиаз
		4) хронический гепатит высокой активности
		5) опухоль pancreas
617.	**ПК-6**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ
		1) бромсульфалеиновой пробы

		2) уровня g-глобулинов
		3) уровня аминотрансфераз
		4) уровня ЩФ
		5) уровня кислой фосфатазы
618.	**ПК-6**	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ
		1) наличием цитолитического синдрома
		2) наличием холестатического синдрома
		3) наличием портальной гипертензии
		4) наличием синдрома холемии
		5) наличием паренхиматозной желтухи
619.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА
		1) тяжесть в эпигастрии
		2) боли в правом подреберье с иррадиацией в спину
		3) горечь во рту
		4) опоясывающие боли
		5) дисфагию
620.	**ПК-6**	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ
		3) снижение уровня протромбина
		4) изменение белково-осадочных проб
		5) положительная реакция Кумбса
621.	**ПК-6**	ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) значительное увеличение печеночных ферментов
		2) гистологические изменения
		3) иммунологические показатели
		4) гепатомегалия
		5) желтуха
622.	**ПК-6**	В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) уровень альбуминов
		2) уровень билирубина
		3) тимоловая проба
		4) уровень трансаминаз
		5) ни один из перечисленных тестов
623.	**ПК-6**	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
		1) кровоточивость десен
		2) увеличение селезенки
		3) кожный зуд
		4) повышение АСТ и АЛТ

		5) снижение уровня холинэстеразы
624.	**ПК-10**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) глюкокортикоиды и липоевая кислота
		2) декарис и интерферон
		3) делагил и витамины группы В
		4) глютаминовая кислота и декарис
		5) глюкокортикоиды и азатиоприн
625.	**ПК-6**	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
		1) увеличение уровня g-глобулинов
		2) снижение уровня липопротеидов
		3) повышение ЩФ
		4) повышение уровня АСТ и АЛТ
		5) снижение уровня кислой фосфатазы
626.	**ПК-6**	АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
		1) вторичного гиперальдостеронизма
		2) гипоальбуминемии
		3) портальной гипертензии
		4) все перечисленное
		5) ничего из перечисленного
627.	**ПК-6**	ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
		1) диспепсический
		2) астенический
		3) портальная гипертензия
		4) холестаз
		5) печеночная недостаточность
628.	**ПК-6**	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
		1) острых гепатитах
		2) хронических гепатитах
		3) циррозах печени
		4) болезнях накопления
		5) болезнях крови
		6) при всех вышеперечисленных состояниях
629.	**ПК-6**	ДЛЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ХАРАКТЕРНО
		1) асцит, спленгомегалия, «голова медузы»
		2) анемия, тромбоцитопения
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, гипербилирубинемия
630.	**ПК-6**	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение уровня только непрямого билирубина
		2) повышение уровня только прямого билирубина

		3) повышение уровня обеих фракций в зависимости от преобладания механизма обмена билирубина в печени
631.	**ПК-10**	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) азатиоприм
		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) гептрал
		5) преднизолон
632.	**ПК-6**	ВИРУС ГЕПАТИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАННЫЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ
		1) HBV
		2) HCV
		3) HDV+ HBV
		4) HGV
		5) нет четкой закономерности
633.	**ПК-10**	ПРЕПАРАТ СНИЖАЮЩИЙ РЕФЛЮКС
		1) атропин
		2) метацин
		3) мотилиум
		4) гордокс
		5) папаверин
634.	**ПК-10**	В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИЕЙ, НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ
		1) баралгин
		2) трасилол (гордокс, контрикал)
		3) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
		4) жидкие антациды
		5) фестал
635.	**ПК-5**	К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ
		1) ЛДГ, АСТ, АЛТ
		2) фруктозо-1-6-дифосфатальдолаза
		3) церулоплазмин
		4) холинэстераза
		5) урокиназа
636.	**ПК-6**	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ
		1) застойной печени
		2) острых гепатитах, хронических заболеваниях печени в период активности
		3) циррозах печени
		4) хроническом персистирующем гепатите
637.	**ПК-6**	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ

		ИНФЕКЦИИ ИМЕЕТСЯ РИСК ЕЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
		1) HBV
		2) HCV
		3) HBV и HCV
638.	**ПК-5**	К МАРКЕРАМ НАРУШЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ
		1) АЛТ
		2) АСТ
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) холинэстераза
639.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) отёки
		2) лейкоцитурия
		3) артериальная гипертензия
		4) протеинурия
		5) боли в поясничной области
640.	**ПК-6**	РАЗВИТИЕ ОГН ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ
		1) сывороток
		2) вакцин
		3) яда насекомых
		4) лекарственных веществ
		5) пищевых продуктов
641.	**ПК-6**	ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА, НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННАЯ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
		1) до 2 лет
		2) с 2-летнего возраста и до 40 лет
		3) климактерический период
		4) период менопаузы
		5) пубертатный период
642.	**ПК-6**	ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕ
		1) стрептококковых инфекций
		2) острых вирусных инфекций
		3) оперативных вмешательств
		4) перенесённой инфекции мочевых путей
		5) стафилококковых инфекций
643.	**ПК-6**	БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЯСНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ
		1) с наличием конкрементов в мочевыводящей системе
		2) с набуханием почек
		3) с апостематозными изменениями паренхимы почек

		4) с нарушениями уродинамики
		5) с ишемическим инфарктом почек
644.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ
		1) повышение креатинина и мочевины крови
		2) повышение калия плазмы
		3) гиперпротеинемия
		4) повышение натрия плазмы
645.	**ПК-6**	СРЕДИ ЭКЗОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) гиподинамия
		2) травматическое воздействие
		3) охлаждение
		4) лучевое поражение
		5) избыточное употребление поваренной соли с пищей
		6) амилоидоз почек
646.	**ПК-6**	УКАЖИТЕ СРОКИ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА, ПОСЛЕ КОТОРОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ НЕФРИТА
		1) 1-2 дня
		2) 2-3 недели
		3) 2-3 месяца
		4) 10-12 часов
		5) 3-4 часа
647.	**ПК -10**	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ОЛГИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 200 МЛ. СКОЛЬКО ЖИДКОСТИ МОЖНО ВВОДИТЬ БОЛЬНОМУ
		1) 1500мл
		2) 200мл
		3) 500мл
		4) 700мл
		5) 2000мл
648.	**ПК-6**	ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТЁКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИОМ
		1) нижние конечности
		2) живот
		3) область поясницы
		4) лицо
		5) задняя поверхность туловища
649.	**ПК-6**	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ
		1) гипертонический
		2) латентный
		3) гематурический

		4) нефротический
		5) смешанный
650.	**ПК-6**	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Аддиса-Каковского
		5) проба Амбурже
651.	**ПК-6**	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
		1) величины суточной протеинурии
		2) уровня креатинина сыворотки крови
		3) уровня холестерина сыворотки
		4) величины канальцевой реабсорбции
		5) все неверно
652.	**ПК-6**	КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ХГН, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ
		1) гематурический
		2) латентный
		3) нефротический
		4) гипертонический
		5) смешанный
653.	**ПК-6**	«ТРИАДА СИМПТОМОВ БРАЙТА» ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) отеки, гипертонию, гематурию
		2) отеки, протеинурию, цилиндрурию
		3) протеинурию, цилиндрурию, гематурию
		4) гипертонию, протеинурию, лейкоцитурию
654.	**ПК-6**	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ
		1) олигурия и гипостенурия
		2) полиурия и гипостенурия
		3) полиурия и высокая относительная плотность мочи
		4) олигурия и высокая относительная плотность мочи
655.	**ПК-5**	«ЛИЦО НЕФРИТИКА» - ЭТО
		1) отеки на лице и цианоз кожи
		2) отеки на лице и желтушность кожи
		3) отеки на лице и бледность кожи
		4) отеки на лице и гиперемия кожи
656.	**ПК -10**	ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ
		1) глюкокортикостероиды+цитостатики+ антикоагулянты+ дезагреганты

		2) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+ фибринолитики
		3) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+ гипотензивные
		4) глюкокортикостероиды+цитостатики+ диуретики+гипотензивные
657.	**ПК-6**	ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) исследование микроальбуминурии
		2) биопсия почки
		3) компьютерная томография почек
		4) радиоизотопная ренография
658.	**ПК-6**	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
		1) оценка СКФ по формуле MDRD
		2) проба Реберга Тереева
		3) оценка протеинурии
		4) проба Зимницкого
659.	**ПК-6**	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) выделяют гипертоническую форму острого гломерулонефрита
		2) синдром артериальной гипертензии связан с задержкой натрия и воды
		3) синдром артериальной гипертензии обусловлен гиперкалиемией
		4) в лечении необходимо назначение индометацина
660.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) выделяют гипертоническую форму хронического гломерулонефрита
		2) синдром артериальной гипертензии связан с задержкой натрия и воды
		3) синдром артериальной гипертензии обусловлен гиперкалиемией
		4) в лечении необходимо назначение индометацина
661.	**ПК-6**	СРЕДИ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) курение
		2) гиперлипидемия
		3) переохлаждение
		4) пол
662.	**ПК -10**	НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
		1) рамиприл
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) цефтриаксон
663.	**ПК -10**	НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
		1) верапамил

		2) азатиоприн
		3) циклофосфан
		4) гентамицин
664.	**ПК -10**	НАИБОЛЬШИМ НЕФРОТОКСИЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
		1) гентамицин
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) ампициллин
665.	**ПК -10**	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) латентная форма
		2) гипертоническая форма
		3) гематурическая форма
		4) нефротическая форма
666.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ХПН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) повышение уровня креатинина крови
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
667.	**ПК-6**	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОПН ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) отеки
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
668.	**ПК-6**	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) рези при мочеиспускании
		2) моча цвета «мясных помоев»
		3) артериальная гипотензия
		4) гиперлипидемия
669.	**ПК-6**	МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ (ПОДОСТРОМ) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) мембранозный гломерулонефрит
		2) гломерулонефрит «с полулуниями»
		3) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
		4) гломерулонефрит с минимальными изменениями
670.	**ПК-6**	КАКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ
		1) нефротическая
		2) гематурическая
		3) гипертоническая
		4) смешанная

671.	**ПК-5**	СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОБЕ РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 80-120 мл\мин
		2) 60-100 мл\мин
		3) 40-80 мл\мин
		4) 10-20 мл\мин
672.	**ПК-6**	СРЕДИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) переохлаждение
		2) гиподинамия
		3) избыточное употребление поваренной соли
		4) травматическое повреждение
673.	**ПК -10**	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
		2) артериальная гипертония
		3) отеки
		4) макрогематурия
674.	**ПК-6**	ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО
		1) наличием хронических очагов инфекции
		2) сенсибилизацией организма к возбудителю
		3) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны клубочков
		4) развитием бактериемии
675.	**ПК-5**	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Аддиса-Каковского
676.	**ПК-6**	БЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ОКАЗЫВАЕТ
		1) субтропический влажный климат
		2) континентальный климат
		3) муссонный климат
		4) сухой и теплый климат
677.	**ПК -10**	ЛЕЧЕБНЫЙ СТОЛ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК
		1) №7
		2) №9
		3) №5

		4) №10
678.	**ПК-6**	МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ - ЭТО ПОТЕРЯ БЕЛКА С МОЧОЙ В ОБЪЕМЕ
		1) 30-300 мг\сут
		2) 30-300 мг\мл
		3) 0,1-1,0 г/сут
		4) 0,1-1,0 г/л
679.	**ПК-6**	В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ
		1) иммунное воспаление базальной мембраны
		2) отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка
		3) образование капиллярных микротромбов
		4) ни один из перечисленных признаков
		5) все перечисленные факторы
680.	**ПК-6**	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХГН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) гиперкалиемия
		3) повышение уровня креатинина в крови
		4) олигоурия
		5) протеинурия
681.	**ПК-6**	В КАКОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ
		1) начальном
		2) олигурическом
		3) начальном полиурическом
		4) позднем полиурическом
		5) восстановительном
682.	**ПК-6**	У МУЖЧИНЫ 32 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНО: АД - 170/120 ММ РТ. СТ., ОТЕКОВ НЕТ, В МОЧЕ: 2,5 Г/СУТКИ БЕЛКА, ЭРИТРОЦИТЫ - 6-10 В П/ЗР., МНОГО ЗЕРНИСТЫХ ЦИЛИНДРОВ, КРЕАТИНИН - 88 МКМ/Л. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) нефротический синдром
		2) хронический пиелонефрит
		3) хронический гломерулонефрит, латентная форма
		4) хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма
		5) ХПН
683.	**ПК-6**	САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) гиперкалиемия
		3) повышение уровня креатинина крови
		4) олигурия
		5) анемия
684.	**ПК -10**	ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ

		ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) нефротический синдром
		2) артериальная гипертензия
		3) почечная недостаточность
		4) гематурия
		5) профилактика обострений
685.	**ПК-6**	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА СО СЛЕДУЮЩИМ
		1) гиперволемией
		2) гипотонией
		3) гиперкалиемией
		4) протеинурией
		5) азотемией
686.	**ПК-6**	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНО
		1) анемия
		2) олигоанурия
		3) артериальная гипертония
		4) изогипостенурия
		5) все перечисленное
687.	**ПК-6**	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) величины протеинурии
		2) клубочковой фильтрации
		3) креатинина сыворотки
		4) холестерина сыворотки
		5) канальцевой реабсорбции воды
688.	**ПК-6**	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СПРАВЕДЛИВЫ УТВЕРЖДЕНИЯ
		1) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
		2) назначение индометацина является обязательным
		3) наиболее частой формой болезни является нефротическая
		4) все перечисленное верно
		5) все перечисленное неверно
689.	**ПК-6**	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНЫ
		1) гиперволемия, задержка натрия и воды
		2) гиперренинемия
		3) повышение концентрации простагландинов
		4) спазм сосудов
690.	**ПК -10**	К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ

		1) глюкокортикоиды
		2) дезагреганты
		3) цитостатики
		4) антикоагулянты
		5) гипотензивные
691.	**ПК -10**	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) метаболический ацидоз
		2) анурия
		3) анасарка
		4) высокая гиперкалиемия
		5) тяжелая артериальная гипертензия
692.	**ПК-6**	ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) отеки
		2) одышка
		3) гипертония
		4) гематурия
693.	**ПК -10**	ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ
		1) фибропластическом
		2) мезангикпиллярном
		3) фокальном сегментарном гломерулосклерозе
		4) мембранозном
		5) минимальных изменениях клубочков
694.	**ПК -10**	НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) отеки
		2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
		3) артериальная гипертония
		4) макрогематурия
695.	**ПК-6**	МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) иммунокомплексный
		2) антительный (антитела к базальной мембране почечных клубочков)
		3) токсическое повреждение почки
		4) дистрофические изменения почек
696.	**ПК-6**	ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) эклампсия
		2) сердечная астма и отёк лёгких
		3) геморрагический инсульт
		4) ничего из перечисленного

		5) все перечисленное
697.	**ПК-6**	ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитурия
		2) протеинурия
		3) гематурия
		4) цилиндрурия
		5) бактериурия
698.	**ПК-6**	ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЫЯВЛЯЕТ
		1) мочевой осадок (эритроциты, белок, цилиндры, лейкоциты)
		2) количественное содержание форменных элементов в 1 мл мочи
		3) состояние клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
		4) иммунологические гуморальные и клеточные нарушения
699.	**ПК-6**	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Аддиса-Каковского
		5) проба Амбурже
700.	**ПК-6**	ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО
		1) наличием хронических очагов инфекции
		2) сенсибилизацией организма к возбудителю
		3) подавлением иммунной системы
		4) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны клубочков
		5) развитием бактериемии
701.	**ПК-6**	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДЯЩИЙ К РАЗВИТИЮ ХПН
		1) гематурический
		2) латентный
		3) смешанный
		4) гипертонический
		5) нефротический
702.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА - ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
		1) исследование мочи
		2) изотопная ренография
		3) экскреторная урография
		4) сцинтиграфия
		5) пункционная биопсия почки

703.	**ПК -10**	ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) индометацин
		2) преднизолон
		3) азатиоприн
		4) делагил
		5) дипиридамол
704.	**ПК -10**	ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
		1) впервые выявленном ХГН
		2) протеинурии, превышающей 3 г/сут.
		3) высокой активности ГН
		4) начинающейся ХПН
		5) высоком уровне холестерина в крови
705.	**ПК-6**	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХПН
		1) мембранозный
		2) мезангиопролиферативный
		3) фокально-сегментарный
		4) экстракапиллярный с полулуниями
706.	**ПК-6**	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
		1) 10-12 дней
		2) 3-4 дня
		3) 1 неделя
		4) 1месяц
		5) 2 месяца
707.	**ПК-6**	ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) пиурия
		2) дизурия
		3) лейкоцитурия
		4) протеинурия
708.	**ПК-6**	ЛАТЕНТНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) артериальной гипертензией
		2) отеками
		3) протеинурией
		4) выраженной гематурией
709.	**ПК -10**	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СВОДЯТСЯ
		1) к своевременному переливанию цельной крови
		2) к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
		3) к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника

		кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно
		4) к назначению препаратов железа перорально на длительный срок
		5) верно 3) и 4)
		6) верно все
710.	**ПК -10**	БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ
		1) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления грудью
		2) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь
		3) перелить эритроцитарную массу перед родами
		4) сделать 10 внутривенных инъекций FerrumLek
		5) верно все
711.	**ПК-6**	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ НАЛИЧИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
		1) мишеневидные эритроциты
		2) микросфероцитоз
		3) снижение цветового показателя
		4) макроцитоз
		5) отсутствие ретикулоцитов
712.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ
		1) геморрагический
		2) синдром недостаточности антител
		3) синдром гиперспленизма
		4) сидеропенический
		5) нейтропенический
713.	**ПК -10**	ПРИ ЖДА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
		1) цитостатиками
		2) гормонами
		3) препаратами железа
		4) переливания эритроцитарной массы
		5) стимуляторами гемопоэза (вит. B_{12})
714.	**ПК-6**	ВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА
		1) запасы железа одинаково легко восполняются при назначении препаратов железа парентерально и внутрь
		2) в состав гемоглобина входит менее трети общего количества железа в организме
		3) освобождающееся из разрушенных эритроцитов железо главным образом выделяется с мочой
		4) за сутки всасывается в среднем 10 - 15 мг железа
		5) при беременности суточная потребность в железе возрастает
715.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
		1) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
		2) гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
		3) гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки

		4) гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая
716.	**ПК-6**	ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ
		1) снижение гематокрита
		2) снижение цветового показателя
		3) снижение гемоглобина
		4) снижение количества лейкоцитов
		5) гипербилирубинемия
717.	**ПК-6**	НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
		1) цветовой показатель 0,7
		2) гипохромия эритроцитов
		3) микроцитоз
		4) анизо-пойкилоцитоз
		5) гиперсегментация ядер нейтрофилов
718.	**ПК-6**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кровопотеря
		2) глистная инвазия
		3) врожденный дефицит железа
		4) авитаминоз
		5) недостаточное поступление железа с пищей
719.	**ПК-6**	НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ОРГАНИЗМОМ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА, СОДЕРЖИТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПРОДУКТЕ
		1) печени
		2) гранатах
		3) рыбе
		4) телятине
		5) орехах
720.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) имеется сидеробластоз костного мозга
		2) осмотическая резистентность эритроцитов снижена
		3) лечебный эффект дает назначение сырой печени
		4) снижен цветовой показатель, что сочетается с микроцитозом
		5) все перечисленное верно
721.	**ПК -10**	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В ДОСТАТОЧНОЙ ДОЗЕ НА 7 - 10 ДНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) нормализация Нв
		2) восстановление содержания сывороточного железа
		3) исчезновение бледности и сухости кожи
		4) ретикулоцитарный криз
		5) улучшение аппетита

722.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
		1) тошнота, рвота
		2) жжение в языке
		3) афтозный стоматит
		4) тяга к острой пище
723.	**ПК-6**	ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ
		1) в желудке
		2) в нисходящем отделе ободочной кишки
		3) в двенадцатиперстной и тощей кишках
		4) в подвздошной кишке
		5) верно: 1) и 3)
724.	**ПК-5**	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СИНДРОМА АНЕМИИ
		1) количество эритроцитов
		2) количество ретикулоцитов
		3) цветовой показатель
		4) уровень гемоглобина
		5) показатель гематокрита
725.	**ПК -10**	ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ПАРЕНТЕРАЛЬНО ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ
		1) синдрома нарушенного всасывания
		2) беременности
		3) уровне гемоглобина менее 90 г/л
		4) интенсивных занятий спортом
726.	**ПК -10**	ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА
		1) малоэффективны
		2) плохо всасываются
		3) окрашивают кал в черный цвет
		4) высокоаллергенны
727.	**ПК -10**	ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА
		1) малоэффективны
		2) плохо всасываются
		3) окрашивают кал в черный цвет
		4) высокоаллергенны
728.	**ПК -10**	ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) венофер
		3) тотема
		4) рекомбинантный эритропоэтин
729.	**ПК -10**	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ

		НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН
		1) сорбифер дурулес
		2) венофер
		3) тотема
		4) рекомбинантный эритропоэтин
730.	**ПК-5**	СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА В НОРМЕ
		1) 100-120 г/л
		2) 120-140 г/л
		3) 12,5-30,4 мкмоль/л
		4) 20,5-50,5 мкмоль/л
731.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
732.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
733.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
734.	**ПК-6**	УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) извращение вкуса и обоняния
		2) головокружение
		3) «ватность ног»
		4) ангулярный стоматит
735.	**ПК-6**	УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) извращение вкуса и обоняния
		2) головокружение
		3) «ватность ног»
		4) мелькание мушек перед глазами
736.	**ПК-6**	СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) всех видов анемий
		2) железодефицитной анемии
		3) мегалобластной анемии

		4) гемолитической анемии
737.	**ПК-6**	ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ
		1) геморрагический
		2) синдром недостаточности антител
		3) синдром гиперспленизма
		4) сидеропенический
		5) нейтропенический
738.	**ПК-5**	ЖЕЛЕЗО ЗАПАСОВ НАХОДИТСЯ В ОРГАНИЗМЕ В ВИДЕ
		1) трансферрина
		2) ферритина
		3) миоглобина
		4) гемоглобина
739.	**ПК-5**	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ
		1) определение уровня ферритина
		2) определение уровня гемоглобина
		3) расчет цветового показателя
		4) определение морфологии эритроцитов
740.	**ПК-6**	ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) недостаточное употребление молочных продуктов
		2) недостаточное употребление овощей и фруктов
		3) вегетарианство
		4) высокая физическая активность
741.	**ПК-6**	К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ
		1) макроцитоз
		2) мишеневидные эритроциты
		3) гипохромия
		4) тени Боткина-Гумпрехта
742.	**ПК-6**	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНО
		1) стернальная пункция
		2) проба Кумбса
		3) определение «филадельфийской хромосомы»
		4) определение общей железосвязывающей способности сыворотки
743.	**ПК-6**	СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН
		1) дефицитом тканевых ферментов (цитохромов)
		2) уменьшением синтеза миоглобина
		3) снижением гемоглобина
		4) снижением эритроцитов
744.	**ПК-6**	СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО

		СИНДРОМА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) обмороки
		2) мелькание мушек перед глазами
		3) дисфагия
		4) фуникулярный миелоз
745.	**ПК -10**	К ПРЕПАРАТАМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) фенюльс
		3) рекомбинантный эритропоэтин
		4) мальтофер
746.	**ПК -10**	К ПРЕПАРАТАМ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) феррум лек
		3) рекомбинантный эритропоэтин
		4) мальтофер
747.	**ПК-6**	НА ЭКГ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) появление зубца Q
		2) депрессия сегмента ST
		3) отрицательный зубец Т
		4) высокоамплитудный зубец Т
748.	**ПК -10**	ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА УСКОРЯЕТ
		1) кальций
		2) холестерин
		3) фосфорная кислота
		4) аскорбиновая кислота
749.	**ПК-6**	К СИМПТОМАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ
		1) бледно- желтушный оттенок кожных покровов
		2) спленомегалия
		3) ангулярный стоматит
		4) пятна Рота
750.	**ПК -10**	СОРБИФЕР-ДУРУЛЕС СОДЕРЖИТ В СОСТАВЕ 1 ТАБЛЕТКИ
		1) 100 мг железа (II)
		2) 50 мг железа (II)
		3) 10 мг железа (III)
		4) 100 мг железа (III)

Код компетенций	Вопросы к экзамену по дисциплине
	1. Башкирская школа терапевтов. История кафедры факультетской терапии БГМУ (1935 - 2019). Основные направления научной работы кафедры.
	2. Основы врачебной деонтологии и медицинской этики. Ятрогенные заболевания.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	3. Анафилактический шок. Причины развития. Клиника, неотложная помощь.
ПК-8	4. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях внутренних органов. Местные и российские санатории и курорты. Показания и противопоказания к лечению.
ПК-8	5. Физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях внутренних органов.
ПК-8	6. Диета при заболеваниях внутренних органов.
ПК-5,ПК-6,	7. Пневмония. Этиология, патогенез. Классификация.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	8. Внебольничная долевая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	9. Внебольничная очаговая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	10. Осложнения пневмонии (легочные, внелегочные). Диагностика. Лечение.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	11. Особенности течения внутрибольничных, аспирационных пневмоний и пневмоний у лиц с иммунодефицитом.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	12. Инфекционно-токсический шок. Причины развития. Клинические проявления. Неотложная помощь.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	13. Хронический необструктивный бронхит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5,ПК-6	14. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология. Патогенез. Классификация.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	15. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5,ПК-6	16. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
ПК-5, ПК-6	17. Бронхиальная астма. Клиника. Методы диагностики.

ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-11	18.Астматический статус. Причины развития. Формы. Стадии. Принципы лечения.
ПК-8, ПК-10	19.Современное лечение бронхиальной астмы в приступный и межприступный период.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	20.Инфекционные деструкции легких. Этиология, патогенез, классификация. Клиника абсцесса и гангрены легких. Диагностика. Осложнения. Лечение.
ПК-5,ПК-6,	21.Гипертоническая болезнь. Факторы риска, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8, ПК-10	22.Современные методы лечения гипертонической болезни.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	23.Осложнения гипертонической болезни (сердечные, мозговые, почечные, аортальные). Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	24.Гипертонические кризы. Классификация. Клиника. Неотложная помощь.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	25. Атеросклероз. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5,ПК-6	26.ИБС. Факторы риска. Патогенез. Классификация.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	27.ИБС. Внезапная коронарная смерть (Первичная остановка сердца). Причины развития. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	28.ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. Классификация. Клиника. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	29.ИБС. Острый коронарный синдром. Нестабильная стенокардия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8	30.ИБС. Инфаркт миокарда. Классификация. Клинические варианты. Лабораторная диагностика.
ПК-5, ПК-6	31.ЭКГ – диагностика инфаркта миокарда. Динамика ЭКГ с учетом периода инфаркта миокарда, локализации и глубины некроза.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	32.Осложнения острейшего и острого периодов инфаркта миокарда. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-11	33.Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11	34.Кардиогенный шок. Критерии диагностики. Стадии шока. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10,ПК-11	35.Нарушения ритма сердца при инфаркте миокарда. ЭКГ – диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10,ПК-11	36.Нарушения проводимости сердца при инфаркте миокарда. Синдром Морганьи - Адамса – Стокса. ЭКГ - диагностика. Неотложная помощь.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	37.Осложнения инфаркта миокарда в подостром и постинфарктном периодах. Синдром Дресслера. Лечение.
ПК-8, ПК-10, ПК-11	38.Современные принципы оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда. Лечение в различные периоды инфаркта миокарда.
ПК-8	39.Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Роль местных санаториев в реабилитации больных.
ПК-8, ПК-10	40.Принципы лечения ИБС. Современная медикаментозная терапия. Хирургическое лечение.
ПК-5,ПК-6	41.Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Классификация. Критерии диагностики.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	42.Острая ревматическая лихорадка. Клиника. Лабораторная и ЭКГ - диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	43.Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Осложнения. Показания к оперативному лечению.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	44.Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика, осложнения. Показания к оперативному лечению.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	45.Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	46.Стеноз устья аорты. Этиология, патогенез клиническая картина. Инструментальная диагностика.
ПК-5, ПК-6	47.Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, Классификация.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	48. Инфекционный эндокардит. Клиника, диагностические критерии, осложнения. Лечение, профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	49.Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Причины развития. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	50.Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс, шок. Причины развития. Клиника. Неотложная помощь.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	51.Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез, Классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8, ПК-10	52.Лечение хронической сердечной недостаточности.
ПК-5, ПК-6	53.Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-10	54.Хронический гастрит. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.

ПК-5, ПК-6	55.Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8, ПК-10	56.Современные методы лечения ЯБ. Эрадикационная терапия. Профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	57.Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Клинико-инструментальная диагностика. Неотложная помощь Показания к переводу больных в хирургическое отделение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	58.Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	59.Дисфункции желчевыводящих путей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	60.Хронический холецистит. Этиология. Патогенез, классификация. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5, ПК-6	61.Хронический гепатит. Этиология, патогенез. Классификация.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	62.Хронический гепатит. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Современные методы лечения. Профилактика.
ПК-5, ПК-6	63.Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	64.Цирроз печени вирусной этиологии. Особенности клинического течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	65.Билиарный цирроз печени. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	66.Алкогольный цирроз печени. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	67.Осложнения циррозов печени. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5, ПК-6	68.Гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Клинико-морфологическая классификация.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	69.Острый гломерулонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10	70.Хронический гломерулонефрит. Клинические варианты, осложнения. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11	71.ГЛПС в республике Башкортостан: клинические особенности, осложнения. ОПН при ГЛПС. Принципы лечения. Вклад ученых БГМУ в изучение проблемы ГЛПС.

Код компетенций	Задачи
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1** Больной П. 18 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил уменьшение выделения и изменение цвета мочи. Объективно: кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек слабо положительный с обеих сторон. Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. - 3,6 $\cdot 10^{12}$, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - 9 $\cdot 10^{9}$ /л, э. -4% n-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час. Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++ Анализ мочи: цвет имеет красноватый оттенок, уд.вес 1026, белок 0,99‰, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин. ЭКГ - Синусовая тахикардия. Осмотр окулиста: Глазное дно не изменено. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите заболевания, при которых чаще всего встречается гематурия. 3. Объясните патогенез заболевания. 4. Какие осложнения характерны для данного заболевания? 5. Показана ли больному “пульс-терапия”? 6. Назначьте патогенетическое лечение (выпишите рецепты). 7. Какие методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используются в клинической практике. 8. Назовите курорты Башкортостана для лечения больных с данной патологией.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2** Больной С. 26 лет, экспедитор, доставлен по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до $38,8^{0}$ С, выраженные боли в животе (больше справа), сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту. Заболел остро 15/X-2014г. после переохлаждения. Появился озноб, головная боль, повышение температуры тела до 40^{0} С. После приема аспирина стало легче, но 16/X утром появились сильные боли в животе, вызвал “скорую помощь” и

	был доставлен в стационар с подозрением на острый живот. В анамнезе - хронический холецистит. Объективно: состояние тяжелое. Гиперемия щек, более выраженная справа, герпетические высыпания на носу, цианоз губ. ЧД - 32 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание справа в нижних отделах несколько усилено. Укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки и в подмышечной области, там же ослабленное дыхание, крепитация, шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 98 в мин., АД- 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Данные лабораторных исследований: Общий анализ крови: Эр. - 5,2 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв - 142 г/л, Л. - 18 $\cdot 10^{9}$ /л, э. - 1%, п. - 22%, с.- 64%, лимф. - 7%, мон. - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ- 38 мм/час **Вопросы:** 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни. 3. Объясните причину появления у больного болей в правом подреберье? 4. Составьте план обследования. 5. Назовите возможные осложнения болезни. 6. Назовите основные симптомы инфекционно-токсического шока. 7. Составьте план лечения (выпишите рецепты). 8. Перечислите побочные действия антибиотиков.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3** Больная Ж. 30 лет, кондуктор автобуса, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость. Три года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче, при повторных исследованиях количество выделяемого белка нарастало. Появились отеки на лице. Лечилась в больнице по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесённой ОРВИ. Объективно: состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижних отделах легких - ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в минуту. АД - 125/75 мм рт. ст. Печень не увеличена.

	Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. 3,7 · 10^{12} /л, Нв. - 105 г/л, Цв. пок.- 0,85, Л.- 6,8 · 10^{9}/л, СОЭ - 40 мм /час, лейкограмма без особенностей. Б/х анализ крови: Общий белок 60 г/л, альбумины 40%, холестерин - 10,1 ммоль/л, мочевина - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л. Анализ мочи: прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6‰, эр.выщелоченные 5-8 в п. зр., Л. - 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п.зр. **Вопросы:** 1. Назовите основные синдромы 2. Сформулируйте диагноз. 3. Укажите этиологию заболевания. 4. Что означает «нефротический синдром» (критерии)? 5. Какие дополнительные методы исследования необходимы? 6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 7. Назовите осложнения данного заболевания. 8. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10;ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4** Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t^0 тела до $39,5^0$, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту. Заболела остро, 5 дней назад после переохлаждения поднялась температура до $38,3^0$, появилась боль в правой половине грудной клетки, выраженная одышка, кашель. В анамнезе - перенесенный 2 недели назад грипп. Объективно: общее состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Перкуторно - укорочение легочного звука справа в нижних отделах, аускультативно дыхание везикулярное, усиленное справа ниже угла лопатки. Там же выслушиваются звучные влажные хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не увеличены, тоны ритмичны, приглушены, тахикардия. ЧСС - 96 в 1 минуту. АД 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена. Данные дополнительных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,8 ·10^{12}/л, Нв - 140 г/л, Цв.п. - 0,9, Л. - 18 ·10^{9} /л, э.-1%, п.-22%, с. - 58%, л. - 12%, м. - 7%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 53 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, альбумины - 44%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 -12%, β-14%, γ - 26%. Серомукоиды - 600 ед., СРБ +++ Анализ мокроты: гнойная, желтовато-зеленоватого цвета, микроскопически - лейкоциты в большом количестве.

	R-графия грудной клетки: выявляется обширная полисегментарная инфильтрация легочной ткани справа (S 6, 8, 9, 10) с участками просветления. **Вопросы:** 1. Выделите основные клинические синдромы. 2. Оцените тяжесть состояния больного. 3. Дайте интерпретацию рентгенологических и лабораторных данных. 4. Сформулируйте клинический диагноз. 5. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы заболевания у больной. 6. Назовите возможные осложнения данного заболевания. 7. Что такое респираторный дистресс-синдром? 8. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).
ПК-6; ПК -5, ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5** Больной И. 38 лет, слесарь-монтажник, поступил в стационар с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту. В анамнезе частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит, заболевание протекало с большими отеками, макрогематурией, повышением АД. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Веки отечны. Лицо пастозно. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 96 в мин., ритмичный, напряжен. АД - 200/140 мм рт. ст. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Тоны сердца звучные. Акцент II тона на аорте. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Анализ крови: Эр. -2,5 · 10^{12}/л, Нв - 75 г/л, Цв. п. - 0,9, Л. - 7,0 · 10^{9}/л, Э. - 2% п.-3% с/я - 70%, лимф. - 20%, м. - 5%, СОЭ - 35 мм/час. Б/х анализ крови: мочевина - 12,66 ммоль/л, креатинин - 305, 04 мкмоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л Анализ мочи: уд.вес - 1006, белок - 0,165‰, Эр. - 3-5 в п.зр., гиал. цилиндры - единичные. Проба Зимницкого: Дневной диурез - 400 мл, ночной диурез - 600 мл, колебания уд.веса - 1006-1011. Проба Реберга-Тареева:суточное количество мочи - 1200 мл, креатинин крови 305,2 мкмоль/л, креатинин мочи - 698,3 ммоль/л, клубочковая фильтрация - 23 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 96%. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде. Глазное дно: отек дисков зрительных нервов, сужение и извилистость артерий, многочисленные кровоизлияния, в парамакулярной области - группа белых очажков.

	Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите основные клинические формы данного заболевания. 3. Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева. 4. Какие методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используются в клинической практике. 5. Назовите осложнения болезни. 6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании 7. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного заболевания. 8. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6** Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до 37,5^{0}С. Из анамнеза: в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы. Объективно: состояние средней тяжести. Повышенного питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-88 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена. **Вопросы:** 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Как определяются симптомы Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского? 3. Назначьте план обследования 4. Какие факторы риска развития заболевания имеются у данной пациентки? 5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 6. Определите меры профилактики 7. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению 8. Определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

	Больная С. 30 лет, учительница, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 7 лет, развитие заболевания связывает с хроническим бронхитом. Приступы удушья возникают чаще ночью, к утру. Раньше приступы снимались ингаляцией сальбутамола, в последнее время они участились, сделались более продолжительными и купируются инъекциями эуфиллина. Ухудшение состояния отмечает после перенесенной ОРВИ. Объективно: вид больной испуганный. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательных мышц, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Число дыханий - 24-26 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно - коробочный звук. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов на фоне ослабленного дыхания. Пульс учащен, малого наполнения. АД - 100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены вправо на 1-1,5 см, тоны приглушены, тахикардия. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. - 3,8 $\cdot 10^{12}$/л; Нв - 132 г/л, Л.- 7,8$\cdot 10^{9}$/л; Э. - 12%, п - 4%, с. - 36%, л. - 42%, м. - 6%, СОЭ - 15 мм/час. Анализ мокроты. Мокрота слизистая, тягучего характера. При микроскопии определяются лейкоциты. R-графия грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз больной. 2. Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья. 3. Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде? 4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания. 6. При каких заболеваниях могут развиться подобные симптомы? 7. Какие иммунологические и неиммунологические механизмы участвуют в развитии заболевания? 8. Какие осложнения могут угрожать больной?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 8** Больная С. 56 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, сердцебиение, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1 этаж, ходьба в быстром темпе на

	расстояние более 50 метров), нестабильность артериального давления с тенденцией к гипертензии (отмечает повышение показателей в пределах 160/100 – 195/110 мм.рт.ст.). Из анамнезаизвестно, что пациентка страдает артериальной гипертензией на протяжении 10 лет. Год назад у больной была транзиторная ишемическая атака. Тем не менее антигипертензивные медикаментозные препараты, назначенные ранее врачом, в последние 2 месяца принимала нерегулярно, допуская пропуски в приеме лекарств продолжительностью до нескольких дней. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена: отец умер от инсульта в возрасте 54 лет, мать – жива (76 лет), также страдает артериальной гипертензией с 55 летнего возраста. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз Индекс массы тела 34,3 кг/м^2. Окружность талии 104 см, окружность бедер 120 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Пульс – 88 в мин. АД – 160/112 мм.рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см. от средне-ключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Лабораторно-инструментальные данные: Анализ крови общий – без патологии; биохимический анализ крови (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, Триглицериды - 2,7 ммоль/л (норма <1,7 ммоль/л), ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л (норма > 1,2 ммоль/л), ХС-ЛПНП – 4,6 ммоль/л (норма < 3,3 ммоль/л); глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 88 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле CKD-EPI) = 63 мл/мин. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз с указанием степени и стадии болезни. 2. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз 3. Перечислите факторы сердечно-сосудистого риска, имеющиеся у больной. 4. Назовите органы мишени пораженные у пациентки. 5. Укажите диагностические методики, которые возможно применить для определения пораженности сосудов при гипертонической болезни. 6. Составьте план дополнительного лабораторно-инструментального исследования пациентки. 7. Препараты каких групп антигипертензивных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии. Свой выбор обоснуйте. 8. Назовите противопоказания к применению ингибиторов АПФ
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

	Больной К. 47 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке, общую слабость, частые головокружения, головные боли, склонность к обморочным состояниям. Считает себя больным в течении 5 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался. Принимал валидол, корвалол. В детстве - частые ангины. Во время учебы в институте при прохождении медицинского осмотра выявлялся “шум в сердце”, но углубленного обследования не проводилось. Ухудшение состояния связывает с физическим перенапряжением во время ремонта квартиры. Объективно: Кожные покровы бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. При пальпации области сердца - “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа. Границы сердца смещены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, II т. над аортой ослаблен, здесь же выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий на сосуды шеи, короткий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 76 в мин. Пульс - 76 в мин. АД - 110/80 мм рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Печень у края реберной дуги. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? 3. При каких заболеваниях выявляется симптом “кошачьего мурлыканья”? 4. Объясните причину обморочных состояний у больного. 5. Нарисуйте ЭКГ, характерную для данного заболевания. 6. Объясните причину появления сжимающих болей в сердце у больного. 7. Какие осложнения угрожают больному? 8. Назначьте лечение (выписать рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 10** Мужчина Б. 40 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке. Из анамнеза заболевания. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе. Из анамнеза жизни: Работает учителем. У отца – хронический бронхит. Не курит. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Пониженного питания. ИМТ 19 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски. Пульсоксиметрия: SaO_2 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими

	перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются единичные сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд.в мин., АД - 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Данные лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови: эритроциты - 4,3 х$\cdot 10^{12}$/л, Нв -140 г/л, лейкоциты 9,0 х 10^{9}/л, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.- 70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час, ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 80 мин. Рентгенография органов грудной клетки: Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются. Спирография (после пробы с бронходилататором): индекс Тиффно 62%, ОФВ1 - 54% **Вопросы**: 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования. 3. Оцените данные дополнительных методов обследования. 4. Определите степень тяжести по спирографическим данным 5. Определите фенотип данного заболевания 6. Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента. 7. Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии. *8.* Перечислите методы профилактики данной патологии
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11** Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39^{0}, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам. В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, амоксициллина, зинацефа был неэффективным. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы

	бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Данные дополнительных исследований: Общий анализ крови: Эр - 2,1 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв - 92 г/л, Л. - 15 $\cdot 10^{9}$ /л, Э. - 2%, п - 12%, с.- 64%, л. -16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час. Общий анализ мочи: уд. вес. - 1013, белок - 1,65‰, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр. **Вопросы:** 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза. 3. Объясните причину ухудшения состояния больного. 4. Что такое симптом Мюссе? При каких заболеваниях он встречается? 5. Объясните причину выявленного у больного геморрагического синдрома. Какими клиническими симптомами он проявляется? 6. О каких нарушениях гемодинамики свидетельствует АД больного? С наличием какого порока сердца оно связано? 7. Назовите “периферические” признаки выявленного у больного порока сердца. 8. Назначьте лечение больному
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12** Больной Б. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5^{o}в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха. Болен в течение 3 недель - перенес грипп, течение которого осложнилось пневмонией. Лечился не регулярно. В анамнезе - злоупотребление алкоголем. Объективно: Состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистой окраски, влажные.

	Акроцианоз. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. ЧД-24 в мин. Укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аускультации - ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы слева, после откашливания мокроты отмечается появление амфорического дыхания. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Пульс - 100 уд.в мин., тахикардия, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Анализ крови: Эр. - 3,5 · 10^{12}/л, Нв -110 г/л, Л. - 15,0 · 10^{9} /л, п.- 20%, с.- 62%, лимф.-10 %, м.- 8%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 60 мм/час Анализ мочи: уд. вес 1020, белок -0,66‰, Л. единичные в п/зр. Анализ мокроты: при стоянии расслаивается на 2 слоя. Микроскопически большое количество лейкоцитов и эластических волокон. Рентгенография грудной клетки: Слева определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Перечислите этиологические факторы, способствующие развитию данного заболевания. 3. Проанализируйте результаты дополнительных исследований. 4. Какие осложнения угрожают больному? 5. Назовите критерии инфекционно-токсического шока и неотложную помощь при нём. 6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 7. Назовите методы верификации возбудителей? 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13** Больная К. 35 лет, домохозяйка, обратилась к участковому врачу с жалобами на ноющие боли в области сердца, сердцебиение, шум в ушах, слабость, обмороки, извращения вкуса. Больна в течение 3 месяцев - появилась наклонность к обморочным состояниям, при физической нагрузке возникали сердцебиение и одышка, мелькание “мушек” перед глазами. Принимала корвалол, поливитамины, но улучшения не отмечала. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Беременностей и родов - 4 (последние роды 9 месяцев назад), ребенка кормит грудью. Менструации регулярные, цикл 26 дней, обильные. Объективно: общее состояние относительно

	удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Кожа сухая, волосы редкие. Ногти слоистые, уплощены. Трещины в углах рта. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 18 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке систолический шум. ЧСС- 98 уд.в 1 мин. АД - 100/70 мм рт. ст. На яремной вене справа выслушивается "шум волчка". Язык влажный, обложен. Печень не увеличена. Пальпация живота безболезненна. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое фоновое состояние обусловило развитие заболевания? 3. Объясните механизм развития тканевого сидеропенического синдрома. 4. Объясните механизм появления "шума волчка". 5. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- $3,0 \cdot 10^{12}$/л, Нв - 80 г/л, ЦП - 0,8; лейкоциты – $5,2 \cdot 10^{9}$/л, тромбоциты - $190 \cdot 10^{9}$/л, СОЭ - 14 мм/час. 6. Составьте план обследования больной. 7. Тактика лечения (выписать рецепты). 8. Определите меры профилактики заболевания.
(ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14** Больной В. 68 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, ощущение жжения и давления под мечевидным отростком грудины. Боль часто иррадирует в область сердца, под левую лопатку, возникает через 20-30 мин. после еды и снимается приемом соды. Беспокоят также тошнота, горечь во рту, отмечается наклонность к запорам. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х недель после приема индометацина, назначенного по поводу лечения остеохондроза. Объективно: пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. Тоны ритмичные, приглушены, небольшой акцент II тона над аортой. Пульс 80 в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно напряжен в эпигастральной области. Симптом Менделя положителен. Печень не увеличена. **Вопросы:** 1. Выделите синдромы, сгруппировав их из имеющихся симптомов. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному? 4. Назовите прямые и косвенные рентгенологические симптомы данного заболевания.

	5. Назовите эндоскопические критерии заболевания. 6. Проведите дифференциальную диагностику со сходными болезнями. 7. Ваша тактика лечения (выпишите рецепты). 8. Назовите возможные осложнения болезни.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15** Больной Т. 37 лет, водитель, обратился с жалобами на болевые ощущения в эпигастральной области, ноющие боли в области сердца, слабость, сердцебиение, одышку при физических нагрузках, мелькание "мушек" перед глазами и головокружение при перемене положения тела, ломкость волос и ногтей, затруднения при глотании твердой и сухой пищи. Во время службы в армии был оперирован по поводу проводной язвы желудка (по Бильрот II). В дальнейшем периодически беспокоили тошнота, вздутие живота, поносы. Ухудшение состояния отмечает в течение трех месяцев в связи с появлениемвышеуказанных жалоб. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Кожа сухая. Ногти уплощены с поперечной исчерченностью. В легких везикулярное дыхание. ЧД - 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 80 уд.в 1 мин., ритмичный. Трещины в углах рта. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Сосочки языка сглажены. Кариес зубов, альвеолярная пиорея. Живот обычной формы. По средней линии послеоперационный рубец. Нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный. **Вопросы:** 1. Выделите ведущие синдромы выявленной патологии. 2. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр. -3,0 · 10^{12} /л, Нв - 96 г/л, Ц.П. – 0,7; Л.- 5,8 · 10^{9} /л, э.-1%, n-3%, с. - 62%, лимф.- 28%, м.- 6%, СОЭ - 10 мм/час. Сывороточное железо - 6,8мкмоль/л. 3. Поставьте предварительный диагноз. 4. Какие дополнительные исследования необходимы? 5. Перечислите причины данной патологии и укажите возможную причину заболевания у данного пациента. 6. При изменении какого показателя крови диагноз данного заболевания становится несомненным? 7. Тактика лечения (напишите рецепты). 8. Определите прогноз и методы профилактики заболевания.
(ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16** Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой

	помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы одышки, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу. Приступ заканчивается усиленным выделением вязкой мокроты. В анамнезе - диатез в детстве, непереносимость некоторых пищевых продуктов, редкие простудные заболевания. Объективно: Положение больного вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Набухшие шейные вены. Цианоз губ. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧД - 24 в мин. Подвижность грудной клетки ограничена. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аускультации - масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено. Пульс учащен - 105 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, АД-110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена. Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,1 $\cdot 10^{12}$ /л; Нв - 138 г/л, Л.- 4 $\cdot 10^{9}$ /л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лим. - 22%, м - 5%, СОЭ - 10 мм/час. В мокроте большое количество эозинофилов. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. В каком дополнительном обследовании нуждается больной? 3. Назовите мероприятия для купирования приступа удушья. 4. Составьте план лечения в межприступном периоде (выпишите рецепты). 5. При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы? 6. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания. 7. Трудовые рекомендации больному. 8. Какие иммунологические механизмы участвуют в развитии болезни?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17** Мужчина Б. 55 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодический кашель со слизистой мокротой, больше по утрам. Из анамнеза заболевания: Курит 35 лет, по 1 пачке в день. Несколько лет отмечает появление кашля с мокротой по утрам. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе. Из анамнеза жизни: Работает водителем, отмечает на работе частые переохлаждения, воздействие выхлопных газов.

	У отца – хронический бронхит. Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Повышенного питания. ИМТ 30 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски, пальцы в виде «барабанных палочек», ноги в виде «часовых стекол». Пульсоксиметрия: SaO_2 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд.в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Стул, диурез без особенностей. Данные лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови: эритроциты - 4,5 х$\cdot 10^{12}$/л, Нв -140 г/л, лейкоциты 15,0 х 10^9/л, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.- 70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час, общий анализ мочи: уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты единичные в поле зрения. Рентгенография органов грудной клетки: Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются. Спирография (после пробы с бронходилататором): Индекс Тиффно 62%, ОФВ1 -55% **Вопросы:** 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования. 3. Оцените данные дополнительных методов обследования. 4. Определите степень тяжести по спирографическим данным 5. Рассчитайте и оцените индекс пачка/лет 6. Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента. 7. Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии. 8. Перечислите методы профилактики данной патологии
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18** Больной С. 69 лет, пенсионер. Госпитализирован в клинику с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъеме на 1 этаж, головокружение, периодические приступы слабости с

	кратковременной потерей сознания, одышку при ходьбе. Болен в течение 3-х лет. Доставлен бригадой скорой помощи с улицы - был приступ потери сознания "с судорогами" и непроизвольным мочеиспусканием. Объективно: Состояние тяжелое. Акроцианоз. Периферических отеков нет. На фоне везикулярного дыхания небольшое количество влажных хрипов в задне-боковых отделах легких. Перкуторно - расширение границ сердца влево и вправо. Тоны сердца глухие, периодически звучность I тона усиливается ("пушечный тон" Стражеско). Акцент и металлический оттенок II тона на аорте. Пульс ритмичен, напряжен, 42 удара в минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Общий анализ крови: Эр. - 4,2 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - 6,3 $\cdot 10^{9}$ /л, СОЭ - 4 мм/час. Лейкоцитарная формула не изменена. Общий анализ мочи: уд.вес- 1014, белок - 0,033 ‰, л. ед. в поле зрения. ЭКГ: зубцы Р и комплексы QRST регистрируются каждый в своем ритме, соответственно 88 и 42 в минуту, часть зубцов Р накладывается на QRST. ***Вопросы*:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какой вид аритмии имеется у больного? 3. Что такое "пушечный тон" Стражеско? 4. Объясните причину приступов потери сознания у больного. Как называются эти приступы? 5. Ваша тактика во время приступа потери сознания. 6. Назначьте лечение больному в межприступный период (выпишите рецепты). 7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 8. Какое лечение показано больному при неэффективности консервативной терапии?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19** Больной В. 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0, озноб, резкую слабость. Заболел остро, после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась T^0 тела до $38,5^0$. Принял аспирин, чай с малиной. После временного улучшения к утру состояние вновь ухудшилось, появился сухой болезненный кашель, вызвал "скорую помощь". Объективно: общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте

	дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, тахикардия, ритм правильный. Пульс - 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Данные лабораторно-инструментальных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,2 · 10^{12}/л; Нв. - 126 г/л; Л. - 12,9 · 10^{9} /л; э. - 1%, п - 16%, с.- 62%, л. - 15%, м - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 58 мм/час. Анализ мочи: - белок - 0,66 ‰, Л. - 3-4-5 в п./зр., гиал. цилиндры - 2-6 в п./зр. R-графия грудной клетки: справа средняя доля (S_4, S_5) гомогенно затемнена ЭКГ: синусовая тахикардия, нарушение метаболических процессов в миокарде. **Вопросы:** 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Оцените данные дополнительных исследований. 3. О каких других заболеваниях можно думать по клиническим и лабораторным данным? 4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз. 6. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания. 7. Назначьте лечение (напишите рецепты). 8. Какие осложнения могут угрожать больному?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20** Больная Н. 22 года, служащая, обратилась к врачу с жалобами на отеки, олигурию, изменение цвета мочи, которые появились через 2 недели после ангины. До настоящего времени ничем не болела. Объективно: кожные покровы бледные. Отеки на лице, ногах, пояснице. Рост 164 см, вес 76 кг (до болезни 67 кг). В легких везикулярное дыхание. Пульс 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/90 мм рт.ст. Поперечник сердца расширен за счет левых отделов. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Данные лабораторных исследований: Анализ крови: Эр. - 3,7 □ 10 12 /л, Нв - 126 г/л, Цв. пок. - 1,0, Л. - 7,0 □ 10 9 /л, э. - 4%, п/я. - 1%, с/я. - 64%, лимф. - 29%, м. - 2%, СОЭ - 48 мм/час. Б/х анализ крови: мочевина - 32 ммоль/л, холестерин - 11,6

	ммоль/л, фибриноген - 10 г/л, креатинин - 280 мкмоль/л. Общий белок - 41 г/л, А - 40%, Г - 60%, □1 - 6%, □2 -17%, □- 12%, □ - 25%. Сахар крови - 4,5 ммоль/л. LE - клетки в крови не найдены. Анализ мочи: удельный вес 1024, белок - 6,6‰, Эр.свежие и выщелоченные 20-25 в п. зр., цилиндры - 2-3 в п.зр. Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1016-1026, суточный диурез - 700 мл. Проба Реберга-Тареева: суточный диурез - 200 мл, креатинин мочи - 530,4 ммоль/л, креатинин крови - 288,4 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 42 мл/мин., канальцевая реабсорбция – 98 %. ЭКГ: синусовая тахикардия - 100 в минуту. Метаболические нарушения в миокарде. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите основные клинические варианты данного заболевания. 3. Назовите этиологические факторы. 4. Основные механизмы патогенеза данного заболевания. 5. Обоснуйте необходимость назначения антикоагулянтной терапии. 6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании 7. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с ГЛПС. 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21** Больная С. 58 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе – семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта). Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 100 в мин. АД - 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2см от среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет. Анализ кровиобщий – без патологии.

	Биохимический анализ крови: холестерин крови - 7,2 ммоль/л, ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ЛПВН – 0,8 ммоль/л. Анализ мочи: белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в поле зрения. Глазное дно – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно современной классификации. 2. Какие факторы риска АГ имеются у больной? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? 4. Назовите особенности кардиалгического синдрома при данном заболевании. 5. Поражения каких органов и систем имеются у пациентки? 6. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 7. Профилактика данного заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 22** Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже. Объективно. При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. Суточный диурез: на 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст. Общий анализ крови: Эр. - 5,7 · 10 ^{12} /л, Нв - 136 г/л, Л. - 8,0 · 10 ^{9} /л, Тромб. - 105· 10 ^{9} /л, СОЭ - 28 мм/час

	Общий анализ мочи: Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з. **Вопросы:** 1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Проведите дифференциальную диагностику 4. Какие лабораторные исследования необходимо провести? 5. Перечислите показания для проведения гемодиализа. 6. Какие осложнения характерны для данного заболевания? 7. Назначьте лечение 8. Диспансерное наблюдение
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23** Больной Ж. 45 лет, руководитель малого предприятия, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли. Прием нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространенный характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, “страх смерти”. Была вызвана скорая помощь. Объективно: Состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отеков нет. Данные дополнительных исследований: Анализ крови: Эр. - 4,8 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - 13 $\cdot 10^{9}$ /л, СОЭ- 6 мм/час. Миоглобин 128 нг/мл. Положительный тропониновый тест. ЭКГ: Синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V_2 - V_3 -V_4 отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе. 3. Чем обусловлена тяжесть состояния больного? 4. Какие другие осложнения могут угрожать больному? 5. Оцените данные дополнительных исследований. Нарисуйте ЭКГ больного. 6. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 7. Какое противоаритмическое средство необходимо назначить

	больному для профилактики фибрилляции желудочков, при нормальном АД. 8. Назовите факторы риска этого заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24** Больной К., 40 лет, работает слесарем, курит с 18 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный утренний кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при умеренной физической нагрузке, утомляемость. Объективно: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Умеренный диффузный цианоз. Вес 75 кг. Рост 176 см. Пальцы - в виде «барабанных палочек», ногти как «часовые стекла». Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон Перкуторно над легкими - коробочный звук. Суммарная экскурсия легких - по 4 см с обеих сторон по средней подмышечной линии. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в нижне-боковых отделах - жужжащие и свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Частота дыхания – 22 в минуту. Пульс - 78 в минуту, полный, мягкий, ритмичный, симметричный. Границы сердца - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. *Дополнительные методы обследования:* Общий анализ крови: эритр. $5{,}1\cdot10^{12}$/л, Hb 161г/л, лейкоциты $6{,}5\cdot10^{9}$/л, СОЭ 3мм/ч; рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок тяжистый. Корни легких уплотнены, не структурные. Спирография: $ОФВ_1$ /ФЖЕЛ - 59%. Анализ мокроты: консистенция слизистая, вязкая, цвет-серая. Микроскопия- эпителиальные клетки в большом количестве, лейкоциты 5-6 в поле зрения. ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 84 в 1 мин. Признаки гипертрофии правого предсердия, правого желудочка. **Вопросы:** 1. Выделите основные синдромы. 2. Поставьте и обоснуйте диагноз. 3. Какое осложнение развилось у данного пациента? 4. Назовите этиологические факторы заболевания. 5. Перечислите основные механизмы обструкции бронхов. 6. Назовите методы лечения данного заболевания (выпишите рецепты). 7. Прогноз и исход данного заболевания? 8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению.
ПК-5; ПК-6; ПК-8;	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№ 25**

ПК-10; ПК-11	Больной К., студент, 20 лет, жалуется на резко выраженную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке (разговор, перемещение по комнате), сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, выраженную общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы. Из анамнеза – Ухудшению самочувствия предшествовала 2х недельная поездка в гости к родителям и контакт там с перхотью и шерстью кошки. В прошлом уже отмечал возникновение конъюнктивита, ринита при взаимодействии с кошками. За день до отъезда из родительского дома присоединился сухой кашель. В последующие 2-3 дня интенсивность кашля нарастала, добавилась одышка при небольшой физической нагрузке, резко усилилась слабость, потливость. Температура тела в течение всего периода болезни не повышалась. В прошлом неоднократно отмечал у себя эпизоды затрудненного дыхания во время занятий спортом (игра в футбол, бег), однако за медицинской помощью по этому поводу никогда не обращался. Кроме того страдает весенним поллинозом (имеет рино-конъюнктивальный синдром при цветении ольхи, березы, орешника). В раннем детстве у пациента был диагностирован атопический дерматит, однако в последние 5-6 лет случаев обострения дерматита у пациента не было. Имеется наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям: мать и брат больного также имеют атопический дерматит. Объективно: Температура тела 36,8 градусов Цельсия. Сатурация кислорода 96%. Сознание ясное. Состояние средней степени тяжести. Активность пациента умеренно ограничена из-за выраженной экспираторной одышки. Кожные покровы бледноватой окраски, повышенной влажности. При осмотре грудной клетки отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (мышц шеи, брюшного пресса), экскурсия грудной клетки снижена до 4 см. ЧД 26 в минуту. Перкуторно по всем легочным полям определяется коробочный звук. Аускультативно над всеми участками аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Выслушивается множество сухих свистящих хрипов на вдохе и выдохе, рассеянных по легочным полям с обеих сторон. ЧСС 105 в минут. АД 115/76 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по нижнему краю реберной дуги. Отеков нет. Стул и диурез в норме. **Вопросы**: 1. Назовите ведущий клинический синдром у данного пациента 2. Предположите наиболее вероятный диагноз заболевания, ставшего поводом для обращения за медицинской помощью;

	3. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз 4. Назовите препараты для оказания неотложной помощи пациенту, укажите способы их введения. 5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите ключевые тесты, позволяющие подтвердить предварительный диагноз. 6. Расскажите, что из себя представляет бронходилатационный тест, с помощью каких медикаментозных препаратов его проводят. 7. Если предположить, что респираторные симптомы у пациента присутствуют постоянно (круглогодично), назовите основные группы препаратов для базисной терапии заболевания. 8. Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), показания для проведения АСИТ?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26** Больной М., 43 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купирует в состоянии покоя в течение 1-2 минут. Заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое через 5 минут. Курит в течение 20 лет. Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне - ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений-76 в минуту. Живот при поверхностной ориентировочной безболезнный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. Общий анализ крови и мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: холестерин -8,5 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 моль/л, аспартатаминотрансфераза - 28ед/л, лактатдегидрогеназа - 320ед/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л. Электрокардиограмма. Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Холтеровское мониторирование ЭКГ: зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизмененные комплексы QRST с неполной компенсаторной паузой. После лечения в стационаре перед выпиской проведена велоэргометрическая проба: при нагрузке мощностью 100 ВТ наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V_1 - V_4.

	Вопросы: 1. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов исследования. 2. Какие современные дополнительные методы диагностики необходимо провести? 3. Сформулируйте диагноз. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать выявленную патологию? 5. Каковы факторы риска заболевания? 6. Укажите основные патогенетические механизмы и теории развития заболевания. 7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 8. Определите прогноз и меры профилактики заболевания.
ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27** Больной З. 35 лет, сотрудник НИИ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. В анамнезе – патология желудочно-кишечного тракта. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин., АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд.в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. **Вопросы**: 1. С чем связано ухудшение состояния больного? 2. При каких заболеваниях могут развиться подобные осложнения? 3. Ваша тактика ведения больного. 4. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- 2,0 · 10^{12} /л, Нв - 70 г/л, ЦП - 1,0; Л. - 7,4 · 10^{9} /л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм/час. 5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания. 6. Ваша тактика лечения (выписать рецепты). 7. Какие осложнения угрожают больному с данным заболеванием? 8. По какой причине средний объем эритроцитов и ширина распределения эритроцитов по объему при состоянии, развившемся у больного, остаются неизменными?
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28** Больной 62 лет в экстренном порядке был

	госпитализирован в блок интенсивной терапии. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. В течение 10 лет беспокоят загрудинные боли при ходьбе через 300-500 метров, преимущественно по утрам, купируются после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился не регулярно. Курит много лет до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания. Кожные покровы слизистые, бледно-розовые. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно-легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыхания -18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений-80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. На электрокардиограмме №1(в 16-00 ч.) - ритм синусовый, $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$. В отведениях I, avL, V_4, V_5, V_6 определяется снижение сегмента ST на 2 мм и слабоотрицательный зубец Т. На электрокардиограмме №2(в 19-00 ч.) -сегмент ST на изолинии, зубец Т-слабоположительный. *Общий анализ крови:* Эритроциты - 4,5 . 10 12/л; Гемоглобин - 150 г/л; Лейкоциты - 4,5 . 10^9 /л; Палочкоядерные - 1%; Сегментоядерные - 72%; Лимфоциты - 22%; Моноциты - 5%; СОЭ - 7 мм/час. *Биохимический анализ крови:* АсТ - 22,5ед/л; АлТ - 18,4ед/л; КФК - 75 ед/л, КФК-МВ – 8 МЕ/л; ЛДГ - 240 ед/л. При эхокардиографическом исследовании: аорта уплотнена, открытие аортального клапана-1,8см, левое предсердие –3,0см, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, правый желудочек- 2,3см, левый желудочек: конечный диастолический размер –4,5см, конечный систолический размер-4,0см, фракция выброса 56%. **Вопросы:** 1. Оцените данные лабораторных методов исследования. 2. Интерпретируйте изменения электрокардиограммы, эхокардиографии 3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Какие осложнения угрожают данному пациенту? 6. Какова лечебная тактика? Выпишите рецепты. 7. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни.

	8. Определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10; ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29** Больной М., 49 лет поступил в приемное отделение стационара с жалобами на сильную головную боль, чувство «внутренней дрожи», давящие боли в области сердца, сердцебиение, общее возбуждение. Из анамнеза. В течение 3 ближайших лет отмечает редкие преходящие сжимающие боли за грудиной при длительной ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купируются в состоянии покоя в течение 1-2 минут. К врачам не обращался, лечение не принимал. Сегодня после стрессовой ситуации на работе появились вышеперечисленные жалобы, личным транспортом пациент был доставлен в приемное отделение стационара. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне - ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 170/95 мм рт. ст. на обеих плечевых артериях. Частота сердечных сокращений-96 в минуту. Живот при поверхностной ориентировочной безболезнный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. Общий анализ крови и мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: холестерин - 6,5 ммоль/л, ЛПНП 2,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 моль/л, аспартатаминотрансфераза - 32ед/л, лактатдегидрогеназа - 280ед/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л. Электрокардиограмма. Ритм синусовый. ЧСС 93 в мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Высокие зубцы R в отведениях V_5, V_6, по амплитуде больше, чем в отведении V_4. Индекс Соколова – Лайона 45мм. Холтеровское мониторирование ЭКГ: в течение суток наблюдались эпизоды депрессии сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V_1 -V_4. **Вопросы:** 1. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов исследования. 2. Какие современные дополнительные методы диагностики необходимо провести? 3. Сформулируйте диагноз. 4. Какое осложнение развилось у больного? Назовите препараты неотложной помощи. 5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать

	данное состояние? 6. Каковы факторы риска заболевания и меры профилактики? 7. Укажите основные патогенетические механизмы развития заболевания. 8. Назначьте препараты для длительного лечения выявленной патологии (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30** Больной О. 34 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи, в ночное время или натощак. Болевой приступ уменьшается после приёма пищи. Беспокоят также общая слабость, изжога, отрыжка кислым, тошнота, запоры. Считает себя больным в течение 2-х лет. Развитие заболевания связывает с частыми длительными командировками и нарушением режима питания. К врачам не обращался. При появлении изжоги принимал соду. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. После тяжелой физической работы появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, чистые. Пульс - 72 в 1 мин., ритмичен. АД- 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации - умеренно напряжен в области эпигастрия, определяется локальная болезненность в зоне Шоффара, в точках Опенховского, Боаса, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Данные лабораторных исследований: Общий анализ крови: Эр. - 3,5 $\cdot 10^{12}$ /л, Нв - 102 г/л, Л. - 6,8 $\cdot 10^{9}$ /л, Лейкоформула без особенностей. СОЭ - 20 мм/час R-скопия желудка: Натощак содержит жидкость. Перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена. Анализ кала: реакция Грегерсена положительная. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза? 3. Назовите прямые и косвенные рентгенологические признаки при данной патологии. 4. О чем говорит положительная реакция Грегерсена? При каких заболеваниях она наблюдается? 5. Какие осложнения угрожают больному? 6. Что такое симптомы Менделя, Опенховского, Боаса? 7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 8. Что такое эрадикационная терапия? Показана ли она больному?

ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31** Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение года. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/70 мм рт ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена. ФГС - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. **Вопросы:** 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного. 3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? Как это подтвердить? 4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания. 5. Назовите методы исследования для определения Helicobacterpylori. 6. Какой прогноз при данном заболевании? 7. Назначьте лечение (выписать рецепты). Напишите одну из схем эрадикационной терапии 8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений.
ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32** Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 ^{0}С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже. Объективно. При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние.

	Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. На 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст. *Общий анализ мочи:* Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з. **Вопросы:** 1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Проведите дифференциальную диагностику 4. Назначьте лечение. 5. Какие лабораторные исследования необходимо провести? 6. Показания для проведения гемодиализа 7. Правила выписки **8.** Диспансерное наблюдение.
ПК-5; ПК-6; ПК-8, ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33** Больная М., 46 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад. Через полгода после операции впервые возник подобный приступ, сопровождался увеличением уровня амилазы в крови и моче. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете. Объективно. Состояние средней тяжести. На коже груди и живота «рубиновые капли». Патологии со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. В ОАК – эритроциты – 4,2* 10^{12}/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 6,7*10^{9}/л, лейкоформула без особенностей, СОЭ-20 мм/час. ОАМ – с/ж, уд.вес 1018, белок – отр., лейкоциты – един. в поле зрения, диастаза мочи по Вольгемуту – 128 ед/ч*л. **Вопросы:** 1. Ваш предварительный диагноз.

	2. Назовите этиологические факторы заболевания. 3. Назначьте план обследования 4. Назовите признаки экзокринной недостаточности при данной патологии 5. Как может проявиться нарушение эндокринной функции при этом заболевании? 6. Назначить лечение (выписать рецепты) 7. Назовите меры профилактики 8. Определите прогноз.
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10, ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34** Больная П. 42 лет, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение инсультной бригадой с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». Сбор анамнеза затруднен из-за дизартрии. Со слов сопровождающих родственников страдает ревматизмом с детства, с 35 лет - инвалид 2 группы. Ухудшение состояния наступило остро - после посещения бани появилась затрудненная речь, резкая слабость и потеря движений в правых конечностях. Объективно: Состояние тяжелое. Правосторонний гемипарез. Пониженного питания. Акроцианоз (facies mitralis).При пальпации области сердца - диастолическое дрожание. Границы сердца расширены вверх и вправо. При аускультации сердца тоны аритмичные, ЧСС 98 в мин., на верхушке - 1 тон хлопающий, «ритм перепела», диастолический шум. Акцент 2 тона над легочной артерией. Пульс 75 уд в мин., аритмичный, слабее по наполнению на левой лучевой артерии. АД 100/70 мм.рт ст. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Голени пастозны. **Вопросы:** 1. Объяснить причину развития ОНМК у данной больной. 2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? Нарисуйте ЭКГ, характерную для данной патологии. 3. Сформулируйте диагноз больной. 4. Какие осложнения основного заболевания имеются у больной? 5. Дайте краткую характеристику этиологии и патогенеза заболевания у данной больной. 6. Что такое «ритм перепела» и дефицит пульса? 7. Объясните причину ослабления пульса на лучевой артерии слева. 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-10	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35** Больная С. 56 лет, предъявляет жалобы на головные боли

	преимущественно в затылочной и височной областях, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. Из анамнеза. В течение 11 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 185/110 мм рт.ст). Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно, иногда приступы повышения АД купирует приемом таблетки адельфана. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе отмечает частые семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта в возрасте 52 лет). Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. Над легкими дыхание везикулярное. Пульс 100 в мин. АД 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии, тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет. Общий анализ крови – без патологии. Общий анализ мочи: белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в п/зр. Биохимический анализ крови: общий холестерин - 7,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза 4,9 моль/л, АсТ – 28 ел/л. АлТ – 34 ед/л, билирубин – 16,8 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, мочевина – 7,2 ммоль/л. Глазное дно – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Какие факторы риска АГ имеются у больной? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? 4. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. Нарисуйте ЭКГ. 5. Перечислите особенности кардиалгического синдрома при этом заболевании. 6. Опишите патогенез данного заболевания. 7. Какие осложнения имеются у больной? 8. Назначьте современное лечение и меры профилактики (выпишите рецепты).
ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-10;ПК-11	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36** Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной

	пищей. В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы. Нарушений диеты отмечено не было. При объективном исследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезнен в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги. Сделан общий анализ крови: эритроциты - 4,0 · 10^{12}/л; Гемоглобин - 128 г/л; Лейкоциты - 9,8 · 10^{9}/л; СОЭ -15 мм/час. Был выставлен предварительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка. Назначено противоязвенное лечение и больной направлен на фиброгастроскопию (ФГС). На следующий день во время проведения ФГС больной потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм рт.ст. Пульс 100 в минуту. Живот мягкий. На электрокардиограмме: подъем сегмента ST на 3 мм, отрицательный зубец Т в отведениях III, AVF, II, снижение сегмента ST в отведениях V_1 – V_3, высокий остроконечный положительный зубец Т в V_1 - V3. Биохимический анализ крови: лактатдегидрогеназа - 460 ед/л; креатинфосфокиназа - 890 ед/л; КФК МВ-масса 70 ед/л; аспартатаминотрансфераза - 90 ед/л. **Вопросы:** 1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного во время проведения ФГС? 2. Оцените данные электрокардиографии. Нарисуйте ЭКГ больного. 3. Ваша интерпретация лабораторных показателей. 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Сформулируйте диагноз. 6. Какие еще осложнения угрожают больному с данной патологией? 7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 8. Назовите меры профилактики этого заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37** Больной К. 36 лет, экспедитор, обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, непостоянные тупые боли в правом подреберье. Болен около 4-х лет. Ухудшение состояния наблюдалось после нарушений

	диеты и употребления алкоголя. К врачу не обращался. Два месяца назад был в командировке, после которой отмечает усиление болей в правом подреберье, появление желтушности склер, неустойчивого стула. Принимал аллохол и но-шпу. Улучшения состояния не наблюдалось, в связи с чем обратился к врачу. В анамнезе острый вирусный гепатит, развившийся после лечения у стоматолога. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Сердце и легкие без патологии. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен желтым налетом. Живот умеренно вздут. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, несколько уплотнена, болезненна, край гладкий. Селезенка не пальпируется, отеков нет. Данные лабораторных исследований: Общие анализы крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л; альбуминов -51%; глобулинов - α_1 - 4%; α_2 - 10%; β - 13%; γ - 22%; билирубин - 28 мкмоль/л, прямой - 16 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л; тимоловая проба - 5 ед., АЛТ - 94 ед/л; АСТ - 42 ед/л; ПТИ - 85%. **Вопросы:** 1. Выделите синдромы, скомпоновав их из имеющихся симптомов. 2. Сформулируйте диагноз. 3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Какой вариант острого гепатита чаще осложняется хронизацией процесса? 5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 6. Какие биохимические показатели крови наиболее информативны для диагностики паренхиматозных поражений печени? 7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты). 8. Какие российские и местные курорты показаны больному?
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38** Больной Б., 49 лет. Жалобы на слабость, увеличение живота и тяжесть в правом подреберье. Ежедневно употребляет 1 л пива. Увеличение живота заметил 1 месяц назад. Объективно: Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-80 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется флюктуация при пальпации. Печень выступает ниже реберной дуги на 3 см, край ее заострен, консистенция плотная. Пальпируется нижний

	край селезенки. Биохимический анализ крови: билирубин крови - 32 мкмоль/л, АСТ - 80 МЕ/л, АЛТ - 120 МЕ/л, креатинин - 80 мкмоль/л, общий белок - 52 г/л, альбумины – 42%, холестерин – 3,3 ммоль/л, протромбиновый индекс - 50%. **Вопросы:** 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Объясните патогенез заболевания у данного пациента. 3. Как оценить показатель протромбинового индекса у больного? 4. Назначьте дополнительные методы исследования. Консультации каких специалистов необходимы пациенту? 5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 6. Назовите показания для лапароцентеза и введения заменителей плазмы? 7. Какой прогноз при данном заболевании? Какие осложнения могут развиться? 8. Перечислите меры профилактики. Как проводится расчет гепатотоксичных доз алкоголя?
ПК-5; ПК-6;ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА№39** Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянные тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до $37,5^0$С. Анамнез заболевания: слабость, плохой аппетит отмечает в течение месяца. Боли, тяжесть в правом подреберье наблюдались и ранее в течение года, но к врачам пациент не обращался. Не лечился, диету не соблюдал. Ухудшение состояния в течение недели: появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар. Анамнез жизни: в детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. После службы в армии не имеет постоянного места работы. Отмечает периодическое использование инъекций наркотиков. На учете у нарколога не состоит. Курит около пачки в день, употребление алкоголя отрицает. Объективно: Состояние средней тяжести. Температура $37,1^0$С. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые субиктеричны. На руках по ходу вен следы инъекций. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм рт.ст. ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Симптомы Мерфи, Ортнера

	отрицательны. Данные дополнительных исследований: в анализе крови – Л. – 9* 109/л, СОЭ – 30 мм/ч, в биохимическом анализе – общий белок 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, серомукоиды – 1024 ед, СРБ+++. HBSAg в крови не выявлен. УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени, признаков портальной гипертензии нет. **Вопросы:** 1. Какие синдромы наблюдаются у больного? 2. Назовите проявления цитолитического синдрома. 3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты? 4. Ваш предварительный диагноз. 5. Назначьте дополнительные методы обследования. 6. Назначьте лечение больному. Выпишите рецепты. 7. Каков вероятный прогноз? 8. Назовите меры профилактики заболевания.
ПК-5; ПК-6; ПК-8	**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40** Больная 55 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза. В детстве частые ангины. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. В течение 10 лет отмечает перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке. В последние два года появились отеки, усилилась одышка, кашель. Объективно. Состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы желтушные, сухие, горячие на ощупь, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. При перкуссии над легкими – притупление в нижних отделах. Аускультативно: жесткое дыхание, в задне-нижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в 1 мин. Шейные вены набухшие, пульсируют. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок смещен влево, вниз, не усилен, ограниченный. Определяется «кошачье мурлыкание» над верхушкой. Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий 1 тон, ритм “перепела”, диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум более грубый, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС – 108 в мин., пульс – 91 в мин. малый, аритмичный, частый. АД – 115/80 мм рт.ст.

	Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная с острым краем, пульсирует. Общий анализ крови: эритроциты- 3,3х10^{12}/л, гемоглобин-100г/л, лейкоциты-10х10^{9}/л, п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф- 25%, мон - 10%, СОЭ 21 мм/ч. Общий анализ мочи: прозр., удельный вес 1014, белок – отр. Биох. анализ крови: белок – 83 г/л, СРБ ++, билирубин общий - 45 мкмоль/л. ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, интервалы R-R различной величины, зубцы Р отсутствуют, волны ff, комплексы QRS не расширены. **Вопросы:** 1. Выделите основные синдромы заболевания. 2. Оцените изменения на ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ. 3. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени? 4. Сформулируйте предварительный диагноз. 5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? 6. В чем заключается патогенез данного заболевания? 7. Укажите основные группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения (выпишите рецепты). 8. Определите прогноз, меры профилактики заболевания.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Очная форма обучения
Дисциплина «Факультетская терапия»

Экзаменационный билет№ 1

1. Хронический необструктивный бронхит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
2. ИБС: Внезапная коронарная смерть. Причины развития. Неотложная помощь.
3. Ситуационная задача 1

Промежуточная аттестация

Весенняя экзаменационная сессия
2018-2019 учебного года

Зав. кафедрой
профессор Мирсаева Г.Х.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Специальность –31.05.01 Лечебное дело
Дисциплина «Факультетская терапия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больной П. 18 лет, учащийся, 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил уменьшение выделения и изменение цвета мочи.

Объективно: кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек слабо положительный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - 3,6 $\cdot 10^{12}$, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - 9 $\cdot 10^{9}$ /л, э. -4% n-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++

Анализ мочи: цвет имеет красноватый оттенок, уд.вес 1026, белок 0,99‰, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин.

ЭКГ - Синусовая тахикардия.

Осмотр окулиста: Глазное дно не изменено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите заболевания, при которых чаще всего встречается гематурия.
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
5. Показана ли больному “пульс-терапия”?
6. Назначьте патогенетическое лечение (выпишите рецепты).
7. Какие методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используются в клинической практике.
8. Назовите курорты Башкортостана для лечения больных с данной патологией.

Промежуточная аттестация

Весенняя экзаменационная сессия
2018-2019 учебного года

Зав. кафедрой
профессор _____ Мирсаева Г.Х.

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Факультетская терапия»

(наименование дисциплины)

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине «Факультетская терапия» как основной формы проверки знаний обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по предмету;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на зачете;
5. определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «отлично» заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «хорошо» заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий.

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы;
- неумение выполнять предусмотренные программой задания.

ПРОТОКОЛ
экспертизы оценочных материалов

г._____

«__»_____ 201_ года

_____Факультетская терапия_____
наименование дисциплины

_____31.05.01 Лечебное дело_____,
код и наименование направления подготовки/специальности

Фонды оценочных материалов (ФОМ) или средств (ФОС) разработаны в соответствии с Положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов _____ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,_____
реквизиты локального нормативного акта

утвержденным ___решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 29.08.2017г. протокол № 7._____
кем, когда

В ходе экспертизы установлено:

1. Перечень формируемых компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в ходе освоения ООП, соответствуют ФГОС.
2. Критерии и показатели оценивания компетенций, шкалы оценивания обеспечивают проведение всесторонней оценки результатов обучения, уровня сформированности компетенций.
3. Материалы оценки результатов обучения ООП разработаны на основе принципов оценивания: валидности, определенности, однозначности, надежности; соответствуют требованиям к составу и взаимосвязи оценочных средств и позволяют объективно оценить результаты обучения и уровни сформированности компетенций.
4. Объем ФОМ (ФОС) соответствует учебному плану направления подготовки 31.05.01 Лечебное дело.
5. Содержание ФОМ (ФОС) соответствует целям ООП по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, профстандартам (при наличии), будущей профессиональной деятельности обучающихся.
6. Качество ФОМ(ФОС) обеспечивает объективность и достоверность результатов при проведении оценивания результатов обучения.
7. Качество ФОМ(ФОС)подтверждается следующими экспертными заключениями:
   - А.Я. Кравченко доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.
   - И.А. Казакова доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Общие выводы:

На основании проведенной экспертизы оценочных материалов можно сделать заключение о том, что ФОМ(ФОС) ООП 31.05.01 Лечебное дело позволяют установить соответствие уровня подготовки обучающихся к результатам освоения ООП, а именно:

- оценить результаты освоения ООП как по отдельным дисциплинам (модулям), практикам, этапам научного исследования, так и в целом по ООП;

- выявить уровень сформированности универсальных/ общекультурных/ общепрофессиональных/ профессиональных компетенций, определенных во ФГОС, на каждом этапе формирования компетенций.

Председатель ЦМК
По ТП _____ *Л.В.Волевач*
подпись

Протокол № 7 **от «** 28 **»** июня **20** 18 **г.**

Председатель УМС
специальности
Лечебное дело _____ *Д.А. Валишин*
подпись

Протокол № 7 **от «** 28 **»** июня **20** 18 **г.**

Дата 29.06.2018

МП

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России * Декан лечебного факультета