

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



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

А.А. Цыглин

06 2018 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

(наименование дисциплины)

Разработчик

Кафедра факультетской терапии

Наименование кафедры

Направление (специальность) подготовки

31.08.43 Нефрология

Код и наименование

Квалификация

Врач-нефролог

Уфа 2018

1.Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) –установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по специальности **31.08.43 Нефрология.**

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

Паспорт тестового материала по дисциплине

№	Наименование пункта	Значение
1.	Программа ординатуры по специальности	31.08.43 Нефрология
2.	Кафедра	Факультетской терапии
3.	Авторы-разработчики	Мирсаева Г.Х. Мухетдинова Г.А.
4.	Наименование дисциплины	Внутренние болезни
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108/3
6.	Наименование папки	Оценочные средства
7.	Вид контроля	Промежуточный (зачет)
8.	Для специальностей	31.08.43 Нефрология
9.	Количество тестовых заданий всего по дисциплине	100
10.	Количество заданий при тестировании обучающегося	60
11.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
12.	Для оценки «отл» не менее	91
13.	Для оценки «хор» не менее	81
14.	Для оценки «удовл» не менее	71
15.	Время тестирования (в минутах)	60

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№ П/П	ПК	
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	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
4.	ПК-6	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) цефтриаксон
		2) гентамицин
		3) доксициклин
5.	ПК-5	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) частое развитие эмпиемы плевры
6.	ПК-5	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40°, ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНИЕ, 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
7.	ПК-5	ОСЛОЖНЕНИЮ ПНЕВМОНИИ АБСЦЕССОМ СПОСОБСТВУЕТ
		1) курение
		2) гипертоническая болезнь
		3) дефицит IgE
		4) иммунодефицитные состояния
8.	ПК-5	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
9.	ПК-5	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
10.	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
11.	ПК-5	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ ПРИ ДЫХАНИИ, ТЕМПЕРАТУРА 38°C, 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. – $12 \times 10^9/\text{л}$, 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
12.	ПК-5	ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ
		1) пневмококк
		2) стрептококк
		3) стафилококк
		4) легионелла
		5) вирус
13.	ПК-6	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
14.	ПК-5	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
		1) число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (годы)
		2) число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (месяцы)
		3) число выкуриваемых пачек в неделю x стаж курения (недели)
		4) число выкуриваемых сигарет в неделю x стаж курения (дни)
15.	ПК-5	ПАЦИЕНТА МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЗЛОСТНОГО КУРИЛЬЩИКА, ЕСЛИ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА (ИКЧ)
		1) >220

		2) >300
		3) >80
		4) >120
16.	ПК-5	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) спирография
		2) пульсоксиметрия
		3) исследование газового состава артериальной крови
		4) исследование газового состава венозной крови
17.	ПК-5	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
		1) инспираторная одышка
		2) экспираторная одышка
		3) крепитация
		4) акроцианоз
18.	ПК-5	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С
		1) серетидом
		2) сальбутамолом
		3) физической нагрузкой
		4) гистамином
19.	ПК-6	ПРЕПАРАТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ МУКОЛИТИКОМ
		1) ацетилцистеин
		2) йодид калия
		3) бромид натрия
		4) трипсин
		5) мукалтин
20.	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
21.	ПК-5	ПРИ 2 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немного легкого»
		4) крепитация
22.	ПК-5	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) левожелудочковая недостаточность
		2) анемия
		3) отек легких
		4) правожелудочковая недостаточность
		5) плеврит
23.	ПК-5	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
24.	ПК-5	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
25.	ПК-5	УТВЕРЖДЕНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		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
26.	ПК-5	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
27.	ПК-6	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) верапамил
		2) атенолол
		3) метилдопа
		4) гипотиазид
28.	ПК-5	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
29.	ПК-5	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ
		1) пневмоциста
		2) пневмококк
		3) гемофильная палочка
		4) клебсиелла пневмонии
30.	ПК-5	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

31.	ПК-6	У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) метопролол
		2) амлодипин
		3) клофелин
		4) эналаприл
32.	ПК-6	ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) атропин
		2) сальбутамол
		3) интал
		4) преднизолон
		5) мукалтин
33.	ПК-8	В КАКОЙ САНАТОРИЙ НАПРАВЛЯЕТСЯ ПАЦИЕНТ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) "Янган-Тау"
		2) "Зеленая роща"
		3) "Юматово"
		4) "Ассы"
34.	ПК-6	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
35.	ПК-5	ПОРОК СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ
		1) митральный стеноз
		2) митральная недостаточность
		3) аортальный стеноз
		4) аортальная недостаточность
36.	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
37.	ПК-5	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ
		1) возраст и пол больного
		2) гиперлипидемия
		3) эхокардиография
		4) коронарография
38.	ПК-5	ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) снижение АД
		4) повышение АД
39.	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 -глутаматтранспептидаза
40.	ПК-5	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА
		1) повышение температуры тела до 39°C
		2) перикардит
		3) жгучие боли за грудиной
		4) увеличения количества эозинофилов
		5) артрит
41.	ПК-6	НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ДОЛЖЕН БЫТЬ НАЗНАЧЕН
		1) дипиридамол
		2) ацетилсалициловая кислота
		3) варфарин
		4) гидрохлортиазид
		5) тиклопидин
42.	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
43.	ПК-2	СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ПРИ ХСН I-III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПРИ СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ
		1) 1-2 раза в год
		2) 2-3 раза в год
		3) 4 раза в год
		4) 5 раз в год
44.	ПК-6	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
45.	ПК-5	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
46.	ПК-5	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФFUЗНЫЙ 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
47.	ПК-5	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
48.	ПК-5	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) резорбционно-некротический синдром
49.	ПК-6	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
50.	ПК-6	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) кардиогенный шок
		2) АВ-блокада 2 степени
		3) инсульт
		4) желудочковая экстрасистолия
51.	ПК-5	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ОБЛАДАЕТ
		1) холодовая проба
		2) дипиридамовая проба
		3) проба с нагрузкой на велоэргометре
		4) проба с гипервентиляцией
52.	ПК-5	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
53.	ПК-5	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
		1) I, AVL, V5-V6
		2) I, AVL, V1-V3
		3) II, III стандартные, AVF
		4) II, III стандартные, AVF, V5-V6
54.	ПК-5	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) неполная компенсаторная пауза
		2) неизменный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
55.	ПК-5	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ

		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
56.	ПК-6	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
57.	ПК-6	ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
		1) эналаприла
		2) кордарона
		3) метопролола
		4) верапамила
58.	ПК-6	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
		1) нитратами
		2) селективными бета-блокаторами
		3) антагонистами кальция
		4) ингибиторами АПФ
59.	ПК-6	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
60.	ПК-6	МЕТОПРОЛОЛ НЕЛЬЗЯ КОМБИНИРОВАТЬ С
		1) эналаприлом
		2) аспирином
		3) верапамилом
		4) амлодипином
61.	ПК-5	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (НР)
		1) выявление НР в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка
		2) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры НР и определение ее чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
62.	ПК-5	ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTERPYLORI (НР)
		1) выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка
		2) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) изучение уреазной активности НР в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
63.	ПК-5	БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTERPYLORI (НР) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ
		1) изучение уреазной активности НР 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
64.	ПК-6	МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
65.	ПК-5	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СНИЖАЕТСЯ СЕКРЕТОРНО - КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ 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)
66.	ПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ
		1) железodefицитная
		2) В ₁₂ -дефицитная
		3) гипопластическая (апластическая)
		4) гемолитическая
67.	ПК-6	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) де-нол
		4) дротаверин
68.	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
69.	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
70.	ПК-6	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЮТ В КВАДРОСХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
		1) панкреатин
		2) де-нол
		3) атропин
		4) платифиллин
71.	ПК-5	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
72.	ПК-5	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
73.	ПК-5	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
74.	ПК-6	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метронидазол
		3) атропин
		4) сукральфат
75.	ПК-5	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
76.	ПК-5	ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
		1) болевой
		2) желудочной диспепсии
		3) кишечной диспепсии
		4) астеноневротический
77.	ПК-5	КРИТЕРИИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ФУНДАЛЬНОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) может быть тип А
		2) ассоциирован с <i>Helicobacter pylori</i>
		3) следствие воздействия эндогенных факторов
		4) аутоиммунный характер поражения
78.	ПК-5	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
79.	ПК-5	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
80.	ПК-5	СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ
		1) перфорацией
		2) кровотечением
		3) пенетрацией
		4) малигнизацией
		5) ничем из названного
81.	ПК-5	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
82.	ПК-5	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) регионарные лимфоузлы
		2) печень
		3) вирховская железа
		4) дугласово пространство
		5) легкие
83.	ПК-6	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
		1) холинолитики
		2) симпатомиметики
		3) полусинтетические пенициллины
		4) H ₂ -гистаминовые блокаторы
		5) висмутсодержащие препараты (де-нол)
84.	ПК-2	СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА, С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ
		1) 1 раз в год
		2) 2 раза в год
		3) 3 раза в год
		4) 4 раза в год
85.	ПК-5	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
86.	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

87.	ПК-6	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
88.	ПК-6	К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
89.	ПК-6	К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
90.	ПК-6	РАСТВОРЕНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЕТ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
91.	ПК -6	ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА
		1) малоэффективны
		2) плохо всасываются
		3) окрашивают кал в черный цвет
		4) высокоаллергенны
92.	ПК -6	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН
		1) сорбифер дурулес
		2) венофер
		3) тотема
		4) рекомбинантный эритропоэтин
93.	ПК-5	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
94.	ПК-5	СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) всех видов анемий
		2) железодефицитной анемии
		3) мегалобластной анемии
		4) гемолитической анемии
95.	ПК-5	ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ
		1) геморрагический
		2) синдром недостаточности антител
		3) синдром гиперспленизма
		4) сидеропенический
		5) нейтропенический

96.	ПК-5	К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ
		1) макроцитоз
		2) мишеневидные эритроциты
		3) гипохромия
		4) тени Боткина-Гумпрехта
97.	ПК-5	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНО
		1) стеральная пункция
		2) проба Кумбса
		3) определение «филадельфийской хромосомы»
		4) определение общей железосвязывающей способности сыворотки
98.	ПК-5	НА ЭКГ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) появление зубца Q
		2) депрессия сегмента ST
		3) отрицательный зубец T
		4) высокоамплитудный зубец T
99.	ПК -6	ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА УСКОРЯЕТ
		1) кальций
		2) холестерин
		3) фосфорная кислота
		4) аскорбиновая кислота
100.	ПК -8	ВЫБЕРИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
		1) хронический эрозивный гастрит в стадии обострения
		2) язва желудка в стадии рубцевания
		3) железодефицитная анемия в стадии ремиссии
		4) гипертоническая болезнь 1 стадии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

1. Больной В. 25 лет, строитель

Жалобы на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 тела до 39^0C , озноб, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: Заболел остро, после переохлаждения, когда появились озноб, слабость, повысилась t^0 тела до $38,5^0\text{C}$. Принял чай с малиной без улучшения. Вызвал СМП. Госпитализирован.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, ИМТ 19 кг/м^2 .

Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание бронхиальное, крепитация над нижнебоковой поверхностью правого легкого. ЧД - 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС = Пульс = 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови: RBC. - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$ HGB - 126 г/л; WBC - $17,0 \cdot 10^9/\text{л}$; э. - 1%, п - 16%, с.- 62%, л. - 15%, м - 6%, СОЭ - 58 мм/час.

R-графия грудной клетки: справа гомогенное затемнение в проекции S4,S5,S10

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 125 в 1 мин.

Вопросы к задаче:

1. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза (ПК-2, ПК-5)?
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
3. Назовите наиболее частых возбудителей данного заболевания (ПК-5).
4. Назначьте лечение (напишите рецепты) (ПК-6).
5. Перечислите возможные методы для реабилитации (ПК-8)?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной С., 55 лет, поступил по «скорой» в приемное отделение городской больницы с жалобами на приступообразные боли сжимающего и давящего характера за грудиной при ходьбе по ровному месту и в нормальном темпе на расстоянии 1 –2 кварталов, подъеме по лестнице на один этаж, эмоциональном напряжении. Боли продолжаются от нескольких секунд до 5 – 10 минут и купируются после прекращения физической нагрузки и приема нитроглицерина. Отмечает также одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: страдает ИБС 10 лет, перенес инфаркт миокарда в 1994 г., принимает нитроглицерин, нитросорбит, фуросемид, панангин. Ежегодно лечится в стационаре.

Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, усилились боли в сердце, появились приступы удушья по ночам.

Из анамнеза жизни: отец умер от инфаркта миокарда.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Эмоционально лабилен, сознание ясное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания, кожные покровы бледные, холодные. Отмечается акроцианоз, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, ослабленное, ЧД – 25 в мин. Границы сердца смещены влево на 1,5 – 2 см, при аускультации: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 86 ударов в минуту, АД 140/80 мм рт. ст., пульс ритмичный с частотой 86 в минуту.

Данные дополнительных исследований:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 уд/мин., ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения в передне-перегородочной области.

Анализ крови: Эр – $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 136 г/л, Л – $8,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, альбумины – 49%, α_1 – глобулины – 4%, α_2 – 11%, β – 14%, γ – 17%, холестерин – 8,1 ммоль/л, триглицериды – 12,3 ммоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, ALT – 29 ед., AST – 18 ед., серомукоиды – 200 ед., СРБ отр., креатинин 25 мкмоль/л, ПТИ 95%.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания согласно классификации (ПК-5).
2. Выделите критерии диагноза стенокардии. (ПК-5)
3. Перечислите факторы риска у данного больного (ПК-2)
4. Назначьте лечение (напишите рецепты) (ПК-6).
5. Назовите принципы диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения при данной патологии (ПК-2, ПК-8)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больной О., 32 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, в ночное время или натощак. Болевой приступ уменьшается после еды. 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 он 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, положительные симптомы Менделя, Опенховского, Боаса. Печень не увеличена.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови – Эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 102 г/л, Л. – $6,8 \times 10^9/л$, лейкоформула без особенностей. СОЭ 20 мм/час.

Рентгеноскопия желудка: Натощак содержит жидкость. Перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена.

Анализ кала: реакция Грегерсена положительная.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания согласно классификации (ПК-5).
2. Перечислите факторы риска у данного больного (ПК-2)
3. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза (ПК-2, ПК-5)?
4. Назначьте лечение (напишите рецепты) (ПК-6).
5. Назовите принципы диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения при данной патологии (ПК-2, ПК-8)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная Б., 28 лет, предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружение, сердцебиение, одышку при умеренной физической нагрузке, ломкость ногтей, сухость кожи.

Из анамнеза известно, что ломкость ногтей и сухость кожи беспокоят в течение многих лет, однако по этому поводу к врачам не обращалась, не обследовалась. Слабость, повышенная утомляемость появились 12 месяцев назад к концу второго триместра беременности. При обследовании было обнаружено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. Было рекомендовано соблюдение диеты. В связи с отвращением к мясной пище больная увеличила содержание в рационе яблок, гранатов, гречневой крупы. Употребляла много молочных продуктов. На этом фоне симптомы усилились. После родов уровень гемоглобина составил 80 г/л. Были назначены препараты железа для приема внутрь, которые больная принимала в течение 3 недель. На этом фоне уровень гемоглобина достиг 105 г/л, после чего прием препаратов пациентка прекратила. В течение последних месяцев, на протяжении которых больная осуществляет грудное вскармливание, состояние ухудшилось: появились головокружение, одышка, мелькание мушек перед глазами.

Семейный анамнез без особенностей.

Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, по 6 дней, через 28 дней, обильные, безболезненные; Б – 1, Р – 1.

Аллергологический анамнез неотягощен.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Ногти с поперечной исчерченностью, слоятся. Волосы тусклые, посеченные. Видимые слизистые бледные. Ангулярный стоматит. Отеков нет. ЧД – 16 уд/мин, при аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости: правая – на 1,0 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя – верхний край III ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 94 уд/мин, ясные, шумов нет. Пульс ритмичный, без дефицита. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации патологии со стороны толстого кишечника, печени, селезенки не выявлено. Размеры печени по Курлову 10 x 9 x 8 см. Нижний край печени ровный, мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кювье безболезненная. Щитовидная железа не увеличена.

Общий анализ крови: Нв – 72 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,67, лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ /л, формула без особенностей, MCV – 73 мк³, MCH – 22,6 пг, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие синдромы имеются у больной? (ПК-5)
2. Какое обследование следует провести для подтверждения диагноза? (ПК-5)
3. Какие причины имеются у больной для развития данного заболевания? (ПК-2)
4. Назначьте лечение (напишите рецепты) (ПК-6).
5. Назовите принципы диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения при данной патологии (ПК-2, ПК-8)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная К., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в локтевых, лучезапястных суставах, выраженную слабость, недомогание, похудание.

Анамнез: 3 года назад отмечала незначительную болезненность в плечевом суставе, к врачу не обращалась, боли прошли самостоятельно. Ухудшение связывает после приема физиопроцедур (УФО по поводу острого бронхита), на коже лица и рук появилось покраснение, сухость, температура субфебрильная. Вновь стала ощущать боли в суставах (локтевых, лучезапястных).

Осмотр: кожные покровы сухие, на лице – участки гиперемии, шелушения. Т – 37,2⁰. Припухлость лучезапястных и локтевых суставов. Со стороны сердца: аускультативно – умеренная тахикардия; тоны звучные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст.

Общий анализ крови: эритроциты- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв 120 г/л, СОЭ 40 мм/час, Л. – $9,5 \times 10^9$ /л.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумины 43%; фибриноген – 8,5 г/л; сиаловые кислоты – 390 ед., выявляются LE–клетки.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие синдромы имеются у больной? (ПК-5)
2. Какое обследование следует провести для подтверждения диагноза? (ПК-5)
3. Назовите факторы, предрасполагающие развитию данного заболевания (ПК-2)
4. Назначьте лечение (напишите рецепты) (ПК-6).
5. Назовите принципы диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения при данной патологии (ПК-2, ПК-8)