Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.08.2026 13:02:03
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Факультетская терапия

ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА

по специальности 31.05.01 Лечебное дело
направленность (профиль): Лечебное дело

Квалификация выпускника
Врач-лечебник

Форма обучения
очная

Разработчики: кафедра факультетской терапии имени проф. В.Я. Гармаша

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность в Университете
Урясьев Олег Михайлович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой
Панфилов Юрий Андреевич	к.м.н., доцент	Доцент кафедры

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность, организация
Фокин Игорь Александрович	к.м.н., доцент	Доцент кафедры общей хирургии, травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Бутова Валерия Михайловна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
(протокол от 17.04.2026 N 5)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)
.

1. Паспорт комплекта оценочных материалов

1.1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Факультетская терапия».

1.2. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по типам и компетенциям:

Код и наименование компетенции	**Количество заданий закрытого типа**	**Количество заданий открытого типа**
ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	95	129
ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	52	31
Итого	**167**	**180**

2. Задания всех типов, позволяющие осуществлять оценку всех компетенций, установленных рабочей программой дисциплины «Факультетская терапия»

<table>
<tr><th>Код и наименование компетенции</th><th>№ п/п</th><th>Задание с инструкцией</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ</td></tr>
<tr><td rowspan="4">ПК-2
Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза</td><td></td><td>Задания закрытого типа</td></tr>
<tr><td>1.</td><td>Прочитайте текст и установите последовательность.

Компоненты бронхиальной обструкции при бронхиальной астме развиваются в следующей последовательности (от наиболее раннего к наиболее позднему):
1. Дискриния
2. Бронхоспазм
3. Бронхосклероз
4. Отек стенки бронхиального дерева

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:
<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Аллергический ринит проявляется следующими группами симптомов:
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. синуситы, конъюктивы, кашель
Б. головная боль, повышение температуры тела
В. нарушения сна, невозможность привычной повседневной активности
1. вненазальные симптомы
2. нарушение качества жизни
3. системные симптомы

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Аллергический ринит классифицируют по тяжести на:</td></tr>
</table>

		К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. легкий Б. средней тяжести В. тяжелые 1. качество жизни нарушено, есть вненазальные симптомы и системные проявления 2. качество жизни не нарушено, вненазальных и системных симптомов нет 3. качество жизни нарушено, есть вненазальные симптомы, нет системных проявлений А | Б | В | | | |
	4.	Прочитайте текст и установите соответствие. Диагностика аллергического ринита включает: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. аллергологические исследования Б. лабораторные методы исследования В. обязательные инструментальные методы диагностики Г. дополнительные методы диагностики 1. цитологическое исследование секрета из полости носа на наличие эозинофилов, общий анализ крови 2.кожные тесты с аллергенами в ремиссию 3.передняя риноскопия 4. КТ полости носа и околоносовых пазух А | Б | В | Г | | | | |
	5.	Прочитайте текст и установите соответствие. Периодам цветения соответствуют пыльцевые аллергены следующих растений: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. весенний Б. летний В. поздний летний, летне-осенний 1. береза, ольха, дуб, орешник 2. злаковые (тимофеевка, мятлик, пырей, овсяница, ежа) 3. сложноцветные (полынь, лебеда, амброзия) А | Б | В | | | |

	6.	Прочитайте текст и установите соответствие. Известны следующие варианты перекрёстной аллергии: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. арахи Б. береза В. кефир Г. амброзия (полынь) 1. томаты, табак 2. плесневые грибы, дрожжевое тесто 3. яблоня, вишня 4. дыня, подсолнечник				
		А	Б	В	Г	
	7.	Прочитайте текст и установите соответствие. Оценка уровня контроля симптомов бронхиальной астмы производится с использованием следующих признаков: симптомы астмы в дневное время более чем 2 раза в неделю, пробуждение ночью в связи с симптомами астмы, КДБА в связи с симптомами более чем 2 раза в неделю, любое ограничение активности по причине бронхиальной астмы. Охарактеризуйте уровни контроля бронхиальной астмы в зависимости от количества признаков: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. контролируемая бронхиальная астма Б. частично контролируемая бронхиальная астма В. неконтролируемая бронхиальная астма 1. ни одного критерия 2. 3–4 признака 3. 1–2 признака				
		А	Б	В		
	8.	Прочитайте текст и установите соответствие. Клинические особенности COVID-19 в зависимости от степени тяжести характеризуется				

<table>
<tr><td></td><td></td><td>К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. бессимптомная инфекция
Б. легкое течение
В. тяжелое течение
Г. крайне тяжёлое течение
1. положительный результат лабораторного обследования без симптомов
2. без пневмонии или с пневмонией среднетяжелого течения
3. затруднённое дыхание и одышка (ЧДД более 30 в минуту, SpO_2 <93%, PaO_2/FiO_2<300, очаги диффузных инфильтративных неоднородных изменений более 50% легочной ткани по данным рентгенографии, появившиеся за 24–48 часов от начала болезни.
4. дыхательная недостаточность, септический шок, синдром полиорганной недостаточности

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>9.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Классификация клинического течения бронхэктазов по степени тяжести включает:
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. легкая степень тяжести
Б. средняя степень тяжести
В. тяжелая степень тяжести
Г. осложненная форма
1. при наличии различных осложнений
2. непрерывно рецидивирующее течение
3. 3–5 обострений в год
4. обострения 1–2 раза в год

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>10.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Установите соответствие между количеством баллов по шкале CURB-65 и дальнейшей тактикой лечения при подозрении
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. I группа, 0–1 баллов
Б. II группа, 2 балла
В. III группа, 3 и более баллов
1. амбулаторное лечение</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>2. лечение в стационаре
3. неотложная госпитализация в отделение интенсивной терапии

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>11.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Диагностический алгоритм заболевания, вызванного SARS-CoV-2
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. эпидемиологический анамнез
Б. клиническая картина
В. лабораторно-инструментальное обследование
1. пребывание в эпидемическом очаге за 14 дней до появления симптомов заболевания. наличие контактов за последние 14 дней с лихорадящими больными подозрительными на инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, и лицами с подтвержденным диагнозом
2. назофарингеальный мазок. анализ крови. анализ мочи. биохимия крови. анализ мокроты, РКТ легких.
3. оценка синдрома дыхательной недостаточности - оценка гемодинамических нарушений оценка полиорганной недостаточности

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>12.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Клиническому диагнозу соответствует следующий гистологический паттерн
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. обычная интерстициальная пневмония
Б. неспецифическая интерстициальная пневмония
В. организующаяся пневмония
Г. макрофагальная интерстициальная пневмония
1. нарушение архитектуры легких, фиброз с «сотовыми» изменениями, фокусы фибробластов, неоднородность данных изменений в биоптате;
2. равномерное поражение паренхимы легких, альвеолярные макрофаги в просвете альвеол, минимальное поражение интерстиция;
3. легочная архитектоника сохранена, пятнистое распространение полиповидной грануляционной ткани в дистальных воздухоносных путях;
4. вариабельное интерстициальное воспаление и фиброз. однородность данных изменений в биоптате, фибропластические фокусы очень редки или отсутствуют;</td></tr>
</table>

		<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>
	13.	Прочитайте текст и установите соответствие. Клиническому диагнозу соответствует следующий гистологический паттерн К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. респираторный бронхиолит Б. лимфоцитарная интерстициальная пневмония В. диффузное альвеолярное повреждение 1. бронхоцентричная аккумуляция альвеолярных макрофагов, минимальное воспаление и фиброз. 2. выраженная лимфоцитарная инфильтрация интерстиция часто ассоциирована с перибронхиальными лимфоидными фолликулами (фолликулярный бронхиолит). 3. диффузный процесс, утолщение альвеолярных перегородок, организация альвеол, гиалиновые мембраны. <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>
	14.	Прочитайте текст и установите соответствие. Форме лёгочного кандидоза соответствует следующая характеристика: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. кандидозная пневмония Б. микома легкого В. милиарный кандидоз 1. протекает бессимптомно; 2. мучительный кашель со скудной слизисто-кровянистой мокротой сочетается с бронхоспастическими приступами на выдохе; 3. симптомы в виде кашля, сухого или с незначительным выделением мокроты, кровохарканье, субфебрильная или фебрильная температура, одышка, боль в груди; <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>
	15.	Прочитайте текст и установите соответствие. Следующие клинические особенности аспергиллеза соответствуют формам: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. инвазивная форма; Б. хронический некротизирущий аспергиллеза легких;

		В. Аспергиллема; Г. аллергический бронхолегочный аспергиллез; 1. часто поражает сосуды с агрессивным разрушением ткани, может вызвать инфаркт легкого, плохой ответ на лечение. 2. поражение плевры, ребер, позвонков, массивные легочные кровотечения, гематогенная диссеминация во внутренние органы. 3. частое вторичное бактериальное инфицированное, легочные кровотечения, инвазивный рост с переходом в ХНАЛ (хронический некротизирующий аспергиллез легких). 4. приступы удушья, в мокроте коричневые включения и слизистые пробки. А | Б | В | Г | | | |
	16.	Прочитайте текст и установите соответствие. Охарактеризуйте следующие термины используемые в сомнологии: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. обструктивное апноэ Б. центральное апноэ В. смешанное апноэ Г. гипопноэ 1. прекращение легочной вентиляции в связи с обструкцией дыхательных путей на уровне глотки при сохраняющихся дыхательных движениях; 2. прекращение легочной вентиляции в связи с отсутствием дыхательных движений, что обусловлено центральными нарушениями регуляции дыхания; 3. снижение потока воздуха через нос и рот на 50% и более, приводящее к снижению насыщения крови кислородом на 3% и более; 4. сочетание центрального и обструктивного компонентов. А | Б | В | Г | | | |
	17.	Прочитайте текст и установите соответствие. К основным клиническим проявлениям синдрома обструктивного апноэ сна относят: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. частые (>60%) Б. менее частые (10–60%) В. смешанное апноэ (<10%) 1. громкий храп, указания на остановку дыхания, беспокойный сон, избыточная дневная сонливость, раздражительность,

учащённое ночное мочеиспускание.
2. ночные приступы удушья, снижение либидо и потенции, ночная потливость, утренняя головная боль
3. энурез, бессонница, ночной кашель, эзофагеальный рефлюкс

А	Б	В

18. Прочитайте текст и установите соответствие.

Охарактеризуйте степень тяжести синдрома апноэ сна в зависимости от индекса апноэ/гипопноэ:
К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:
А. легкая
Б. средняя
В. тяжелая
1. индекс апноэ/гипопноэ 10–20
2. индекс апноэ/гипопноэ >40
3. индекс апноэ/гипопноэ 20–40

А	Б	В

19. Прочитайте текст и установите последовательность

Опишите последовательность охвата возбуждением желудочков:

1. Верхушка сердца
2. Основание желудочков
3. Межжелудочковая перегородка

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:

А	Б	В

20. Прочитайте текст и установите последовательность

Стадиями развития Q- образующего инфаркта на ЭКГ являются:

1. Некроз
2. Ишемия
3. Повреждение
4. Формирование рубца

Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:

			А	Б	В	Г
	21.	Прочитайте текст и установите последовательность Опишите последовательность действий при выполнении спирометрии: 1. Следя за правильностью выполнения маневра, предложить пациенту сделать 2-3 спокойных вдоха и выдоха, затем дать команду «глубокий вдох», затем дать команду «глубокий выдох» максимально сильно и долго 2. Предупредив пациента, снять носовой зажим 3. Ввести в спирометр ФИО, вес, рост, пол, расу пациента 4. Попросить пациента плотно обхватить мундштук зубами и губами, расположив язык под трубкой Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо:				
			А	Б	В	Г
	22.	Прочитайте текст и установите соответствие Определите соответствие зубца комплекса QRS возбуждению основания желудочков К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:				
				Значение угла альфа		Положение ЭОС
			А	От 0 до +30 градусов	1	Отклонение вправо
			Б	От +70 до +90 градусов	2	Нормальное положение
			В	От +30 до +69 градусов	3	Горизонтальное положение
			Г	От +90 до +180 градусов	4	Вертикальное положение
			Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:			
			А	Б	В	Г

23.

Прочитайте текст и установите соответствие

Определите положение грудных электродов по точкам передней стенки грудной клетки пациента

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Отведения ЭКГ		Положение электрода
А	V6	1	четвертое межреберье справа от грудины
Б	V2	2	между электродами V2 и V4
В	V5	3	пятое межреберье по среднеключичной линии
Г	V3	4	пятое межреберье по передней подмышечной линии
Д	V4	5	четвертое межреберье слева от грудины
Е	V1	6	пятое межреберье по средней подмышечной линии

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г	Д	Е

24.

Прочитайте текст и установите соответствие

Определите соответствие цветовой маркировки электродов стандартных отведений их топографическому положению на теле пациента

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Электрод		конечность
А	красный	1	Правая нога
Б	черный	2	Правая рука
В	зеленый	3	Левая рука

Г	желтый	4	Левая нога	

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

25. Прочитайте текст и установите соответствие

Определите соответствие выражения суточного индекса по результатам СМАД суточному профилю пациента

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Значение суточного индекса (СИ), %		Суточный профиль пациента
А	<10	1	«dipper»
Б	10-20	2	«non-dipper»
В	>20	3	«over-dipper»
Г	<0	4	«night peaker»

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г

26. Прочитайте текст и установите соответствие

Определите соответствие частоты генерации импульса участку проводящей системы сердца в физиологических условиях

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Частота ритма, в мин		Водитель ритма
А	60-90	1	АВ-узел
Б	Менее 50	2	Синусовый узел
В	40-60	3	Ножки пучка Гиса

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В

27.

Прочитайте текст и установите соответствие

Определите соответствие между диапазоном ОФВ1 и критерием выраженности нарушений функции легких.

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Диапазон		Критерий выраженности
А	70% и более	1	Тяжелая
Б	50-59% долж	2	Среднетяжелая
В	Менее 35% долж	3	Умеренная
Г	60-69% долж	4	Легкая
Д	35-49% долж	5	Крайне тяжелая

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В	Г	Д

28.

Прочитайте текст и установите соответствие

Определите соответствие между клиническим феноменом и ЭКГ признаком.

К каждой позиции в левом столбце подберите соответствующую позицию из правого столбца:

	Клин. Феномен		ЭКГ признак
А	Фибрилляция предсердий	1	AV-блокада III степени.
Б	Синдром Морганьи-Адамса-Стокса	2	Отсутствие зубца Р во всех отведениях. Разные интервалы R-R.

		<table><tr><td>В</td><td>WPW феномен</td><td>3</td><td>Укорочение интервала PQ. Наличие дельта-волны.</td></tr></table> Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>
		Задания открытого типа
	1.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Пневмония: определение, этиология, факторы риска, патогенез.
	2.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Пневмония: клиника.
	3.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Пневмония: диагностика.
	4.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический бронхит: определение, этиология, патогенез, факторы риска.
	5.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический бронхит: клиника, диагностика.
	6.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, этиопатогенез, факторы риска.
	7.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая обструктивная болезнь легких: диагностика.
	8.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхиальная астма: определение, этиология, патогенез, классификация.
	9.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхиальная астма: клиника, диагностика.
	10.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Астматический статус. Клиника, лечение.
	11.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхоэктазы: определение, этиология, патогенез, классификация.
	12.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.

		Бронхоэктазы: клиника.
	13.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Артериальная гипертензия: клиника.
	14.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Артериальная гипертензия: диагностика.
	15.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Гипертонический криз. Определение, клиника, лечение.
	16.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: стабильная стенокардия. Клиника.
	17.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: стабильная стенокардия. Диагностика.
	18.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Определение, этиопатогенез, классификации.
	19.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Клиника, атипичные варианты.
	20.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Лабораторно-инструментальная диагностика.
	21.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Осложнения.
	22.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Кардиогенный шок: классификация, клиника, лечение.
	23.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Нарушения сердечного ритма: клиника, ЭКГ диагностика.
	24.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Нарушение проводимости сердца: клиника, ЭКГ-диагностика.
	25.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая сердечная недостаточность: определение, этиопатогенез, классификация.
	26.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая сердечная недостаточность: лабораторно-инструментальная диагностика.
	27.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая сердечная недостаточность: клиническая картина.

	28.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острая ревматическая лихорадка: определение, этиопатогенез, диагностические критерии.
	29.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острая ревматическая лихорадка: клиника, лабораторно-инструментальная диагностика
	30.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая ревматическая болезнь сердца – стеноз и недостаточность митрального клапана: гемодинамика, клиника, лечение.
	31.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая ревматическая болезнь сердца – стеноз и недостаточность аортального клапана: гемодинамика, клиника, лечение
	32.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Инфекционный эндокардит: клиническая картина
	33.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Инфекционный эндокардит: лабораторно-инструментальная диагностика.
	34.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гастрит: клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика в зависимости от типа гастрита.
	35.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Язвенная болезнь желудка: клиническая картина.
	36.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: клиническая картина.
	37.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: лабораторно-инструментальная диагностика.
	38.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический холецистит: определение, этиология и патогенез.
	39.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический холецистит: клиническая картина.
	40.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический холецистит: лабораторно-инструментальная диагностика.
	41.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ЖКБ: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение
	42.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Дискинезии желчевыводящих путей: определение, этиопатогенез, классификация.
	43.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Дискинезии желчевыводящих путей: клиника, диагностика, лечение, профилактика.

	44.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический панкреатит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина.
	45.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика.
	46.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический панкреатит: осложнения.
	47.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Синдромы поражения печени при циррозе печени.
	48.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гепатит: определение, этиология, патогенез, классификации.
	49.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гепатит: клиническая картина.
	50.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Цирроз печени: определение, этиология, патогенез, классификации.
	51.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Цирроз печени: клиника, синдромы поражения печени.
	52.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Лабораторно-инструментальная диагностика циррозов печени.
	53.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Цирроз печени: осложнения.
	54.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Печеночная энцефалопатия: клиника, диагностика.
	55.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический колит: определение, этиология, патогенез, классификации.
	56.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический колит: клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика.
	57.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острый гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, клиника.
	58.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гломерулонефрит: определение, этиология, патогенез, клинические варианты.
	59.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гломерулонефрит: лабораторно-инструментальная диагностика.
	60.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Железодефицитная анемия: этиология, патогенез, классификации.
	61.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Железодефицитная анемия: клиническая картина.
	62.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Мегалобластная анемия: этиология, патогенез, классификации, клиническая картина.

	63.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Мегалобластная анемия: лабораторно-инструментальная диагностика, лечение.
	64.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острый лейкоз: этиология, патогенез, классификации, клиническая картина.
	65.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острый лейкоз: лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы терапии острых лейкозов. Осложнения острого лейкоза.
	66.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический лейкоз: лабораторно-инструментальная диагностика. Принципы терапии хронических лейкозов. Прогноз при хроническом лейкозе.
	67.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Множественная миелома: этиология, патогенез. Классификации. Клиническая картина.
	68.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Множественная миелома: диагностические критерии. Лабораторно-инструментальная диагностика и принципы терапии множественной миеломы. Прогноз.
		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
		Задания закрытого типа (Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных)
		Какой болевой приступ характерен для синдрома стенокардии? А. Боль за грудиной, сопровождающаяся психомоторным возбуждением продолжительностью более 30 минут Б. Острая боль в области сердца продолжительностью до трех минут В. Боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении левой руки Г. Боль за грудиной давящего характера продолжительностью от 5 до 30 минут
	1.	Причиной возникновения приступа стенокардии является: А. волнение Б. повышение артериального давления В. понижение артериального давления Г. физическая нагрузка Д. холодный ветер Е. все вышеперечисленные
	2.	Признаками прогрессирующего течения стенокардии являются все, кроме: А. учащение приступов на фоне увеличения физической активности Б. снижение толерантности к физической нагрузке В. увеличение потребности в нитроглицерине Г. появление на ЭКГ признаков некроза
	3.	Какой болевой приступ наиболее характерен для острого инфаркта миокарда? А. Боль в верхней части грудной клетки, острая, связанная с дыханием

		Б. Острая боль в эпигастральной области В. Режущая боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении левой рукой Г. Жгучая боль за грудиной продолжительностью более 30 минут
	4.	Какой из клинических признаков острого инфаркта миокарда может служить прогностическим тестом развития фибрилляции желудочков? А. Отёк легких Б. Синусовая тахикардия В. Политопная желудочковая экстрасистолия Г. Атрио-вентрикулярная блокада Д. Артериальная гипотония
	5.	Назовите ЭКГ-признаки острого крупноочагового инфаркта миокарда. А. Во время болевого приступа - инверсия зубца Т Б. Расширение комплекса QRS до уровня более 120 мс В. Расширение и углубление зубца Q и уменьшение амплитуды зубца R, смещение сегмента S-T выше изолинии Г. Удлинение интервала Q-T
	6.	Какие виды аритмий наиболее характерны для острого инфаркта миокарда задней локализации? А. Синусовая тахикардия Б. Мерцательная аритмия В. Атрио-вентрикулярная блокада Г. Желудочковая экстрасистолия Д. Суправентрикулярная экстрасистолия
	7.	Что характерно для резорбционно-некротического синдрома при инфаркте миокарда? А. Повышение креатинфосфокиназы Б. Нормализация температуры тела В. Лейкоцитоз Г. Артериальная гипертензия
	8.	Решающую роль для развития острой аневризмы сердца при остром инфаркте миокарда играют все, кроме: А. размер и глубина некроза Б. выраженность коронарного атеросклероза В. чрезмерная физическая активность больного Г. высокая артериальная гипертензия Д. гипотония
	9.	ЭКГ – признаки передозировки сердечных гликозидов: А. удлинение интервала Q-T Б. появление корытообразных изменений сегмента ST В. появление желудочковых экстрасистол Г. развитие синусовой тахикардии

		Д. подъем сегмента ST в отведениях V4-V6
	10.	Передний инфаркт миокарда отличается от нижнего: А. большей общирностью некроза Б. более частым формированием аневризмы В. худшим прогнозом Г. всем перечисленным
	11.	Признаками постинфарктной аневризмы левого желудочка являются: А. синдром левожелудочковой недостаточности Б. желудочковые нарушения ритма В. тромбоэмболии Г. «застывшая монофазная» ЭКГ Д. лейкоцитоз
	12.	ЭКГ-признаки АВ-блокады II степени типа Мобитц I: А. постепенное удлинение интервала PQ Б. выпадение комплекса QRS, возникающее после самого длинного P-Q, после чего регистрируется вновь нормальный интевал P-Q В. деформация комплекса QRS Г. депрессия сегмента ST
	13.	Больной 48 лет поступил в блок интенсивной терапии по поводу острого инфаркта миокарда задне-диафрагмальной локализации. АД- 150/100 мм рт. ст., пульс – 100 уд/мин. Спустя 3 дня больной пожаловался на приступ одышки, в этот период АД – 100/65 мм рт. ст., пульс – 120 уд/мин, частота дыхания 32 в мин. В нижних отделах легких появились влажные мелкопузырчатые незвонкие хрипы, на верхушке стал выслушиваться продолжительный систолический шум в сочетании с ритмом галопа. Признаки сердечной недостаточности прогрессировали, и на 7 день больной скончался. Каков наиболее вероятный диагноз? А. Рецидив инфаркта миокарда с разрывом и тампонадой сердца Б. Разрыв сосочковой мышцы В. Разрыв межжелудочковой перегородки Г. Тромбоэмболия легочной артерии Д. Дисфункция сосочковой мышцы
	14.	У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается до уровня ниже 180/100 мм рт. ст. Имеются изменения сосудов глазного дна типа Салюс II. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какой стадии по классификации ВОЗ соответствует данное заболевание? А. Стадии I

		Б. Стадии II В. Стадии III Г. Пограничной гипертензии
	15.	Больной 60 лет госпитализирован в блок интенсивной терапии с длительным приступом загрудинных болей, не купирующихся применением нитроглицерина. При обследовании отмечены глухие тоны, ритм галопа, АД – 80/60 мм рт.ст., был назначен допамин. Чем объясняется снижение АД? А. Снижением периферического сопротивления Б. Депонированием крови в брюшной полости В. Снижением сердечного выброса Г. Всем вышеперечисленным Д. Ничем из перечисленного
	16.	Какое из нижеперечисленных патологических состояний характеризуется значительным снижением диастолического АД? А. Митральная недостаточность Б. Аортальная недостаточность В. Недостаточность клапана легочной артерии Г. Трикуспидальная недостаточность
	17.	«Грудная жаба» при отсутствии поражения коронарных артерий чаще всего встречается при: А. митральном стенозе Б. аортальной недостаточности В. стенозе лёгочной артерии Г. стенозе устья аорты
	18.	Все признаки позволяют отличить по ЭКГ предсердную экстрасистолу от желудочковой, КРОМЕ: А. ширина преждевременного желудочкового комплекса Б. изменение длины сегмента P-Q В. наличие и положение зубца P Г. форма преждевременного желудочкового комплекса
	19.	Какие из перечисленных признаков характерны для мерцательной тахиаритмии: А. правильный ритм с частотой более 150 в минуту Б. частый и неправильный ритм с различными промежутками между сокращениями В. неправильный ритм, характеризующийся периодическими внеочередными сокращениями
	20.	Наперстянка не назначается при: А. остром инфаркте миокарда Б. Фибрилляции предсердия В. трепетании предсердий Г. застойной сердечной недостаточности на фоне синусового ритма

		Д. застойной сердечной недостаточности с фибрилляцией предсердий
	21.	ЭКГ не может давать информацию о: А. сердечном выбросе Б. передозировке дигиталиса В. электролитных нарушениях Г. гипоксии миокарда Д. эмболии лёгочной артерии
	22.	Бета-адреноблокаторы показаны при: А. Фибрилляции, трепетании предсердий с большой частотой желудочковых сокращений Б. пароксизмальной наджелудочковой тахикардии В. плохо переносимой синусовой тахикардии Г. наджелудочковой экстрасистолии Д. при всех перечисленных ситуациях
	23.	Какие желудочковые экстрасистолы считают самыми прогностически неблагоприятными в плане возможного развития фибрилляции желудочков? А. Частые Б. Монотопные В. Политопные Г. Ранние
	24.	Основной инструментальный метод диагностики ХСН: А. рентгенография органов грудной клетки Б. ЭКГ В. ЭхоКГ Г. компьютерная томография органов грудной клетки
	25.	Клинические проявления АВ-блокады III степени: А. внезапная смерть Б. приступы Морганьи-Адамса-Стокса В. синкопальные состояния Г. хорошее самочувствие больного
	26.	Противопоказаниями для назначения бета-блокаторов при ХСН являются: А. двухсторонний стеноз почечных артерий Б. гипотония со снижением САД менее 100 мм. рт. ст. В. беременность Г. АВ-блокады II-III степеней Д. облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

	27.	68-летний мужчина в течение года жалуется на головокружения, обмороки, пошатывание при ходьбе, дважды наблюдались приступы фибрилляции предсердий. Частота сокращений сердца 52 в минуту, АД 160/70 мм рт. ст. Какая патология может быть причиной этих явлений? А. Синдром слабости синусового узла Б. Полная атрио-вентрикулярная блокада с синдромом Морганьи-Эдамса-Стокса В. Желудочковая экстрасистолия Г. Идиовентрикулярный ритм
	28.	К органам мишеням при артериальной гипертензии относятся: А. почки, печень, головной мозг, сердце, сетчатка Б. сердце, сетчатка, скелетная мускулатура, головной мозг В. артерии, печень, почки, сетчатка Г. сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка
	29.	К острому коронарному синдрому относятся клинические состояния, кроме: А. острый инфаркт миокарда Б. нестабильная стенокардия В. стенокардия напряжения III ФК
	30.	При ХСН прогностически неблагоприятной является фракция выброса левого желудочка: А. более 60% Б. менее 50% В. более 40% Г. менее 40%
	31.	Характерные изменения на ЭКГ при переднем крупноочаговом инфаркте миокарда в остром периоде: А. подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF Б. подъем сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-4 В. подъем сегмента ST в отведениях aVL, V5-6 Г. депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF
	32.	Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда не проводится, если: А. длительность заболевания более 48 часов Б. остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса В. длительность заболевания до 12 часов Г. изменения на ЭКГ, характерные для Q-инфаркта миокарда
	33.	У больного, страдающего стенокардией, ночью появилась одышка и боли за грудиной. Одышка нарастала и достигла степени удушья. Сердце: тахикардия, глухие тоны, АД 90/60 мм рт.ст., в легких разнокалиберные влажные хрипы. Психомоторное возбуждение. Тошнота. Какой из указанных клинических форм инфаркта миокарда соответствует представленная картина? А. ангинозной Б. астматической

		В. коллаптоидной Г. церебральной Д. гастралгической
	34.	Для ХСН 2 ФК NYHA характерно: А. незначительное ограничение физической активности, в покое симптомы отсутствуют Б. ограничения физической активности отсутствуют, повышенная нагрузка может сопровождаться одышкой и /или замедленным восстановлением В. симптомы ХСН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности Г. заметное ограничение физической активности; физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов
	35.	Во время приступа стенокардии на ЭКГ можно выявить все признаки, кроме: А. депрессия сегмента ST Б. подъем сегмента ST В. отсутствие изменений Г. появление зубца Q
	36.	Боль при стенокардии купируется нитроглицерином в течение: А. 2-3 минут Б. 10-15 минут В. 15-20 минут Г. 30 минут
	37.	При каком из указанных нарушений и наибольшей мере маскируются ЭКГ-признаки инфаркта миокарда? А. Полная блокада левой ножки пучка Гиса Б. Блокада передне-верхних разветвлений левой ножки пучка Гиса В. Блокада правой ножки пучка Гиса Г. Фибрилляция предсердий
	38.	Классификация, рекомендованная Европейским обществом пульмонологов и Американским торакальным обществом врачей, выделяет перечисленные формы пневмонии, кроме: А. приобретенная («домашняя») Б. вторичная (госпитальная, больничная) В. крупозная Г. у иммуноскомпроментированных больных Д. атипичная
	39.	Тонкостенные полости, не содержащие выпота, выявляемые рентгенологически на фоне инфильтрата, характерны для пневмонии, вызванной: А. гемофильной палочкой Б. стрептококком зеленящим В. микоплазмой

		Г. стрептококком пневмонии (пневмококком) Д. стафилококком
	40.	Какой из перечисленных ниже возбудителей не является причиной атипичной пневмонии? А. вирус Б. микоплазма В. легионелла Г. хламидия
	41.	Укажите основной рентгенологический признак пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком): А. множественные очаговые тени Б. усиленный легочный рисунок В. затемнение доли или сегмента с уменьшением их размера Г. затемнение доли или сегмента без уменьшения их размера Д. затемнение в нижнем отделе легкого с косой верхней границей
	42.	Укажите основной рентгенологический признак пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком): А. множественные очаговые тени Б. усиленный легочный рисунок В. затемнение доли или сегмента с уменьшением их размера Г. затемнение доли или сегмента без уменьшения их размера Д. затемнение в нижнем отделе легкого с косой верхней границей
	43.	Наиболее частый возбудитель приобретенной пневмонии: А. вирус Б. клебсиелла пневмонии В. стафилококк Г. стрептококк пневмонии (пневмококк) Д. гемофильная палочка
	44.	Международная классификация (МКБ-10) разделяет пневмонии по: А. клинико-морфологическим показателям Б. этиологии В. патогенезу Г. локализации и протяженности Д. тяжести и течению
	45.	Укажите наиболее вероятную причину пневмонии у служащей, убирающей номера гостиницы, снабженные кондиционерами: острое начало, озноб, повышение температуры до 40°С, кашель с мокротой, кровохарканье, боль в грудной клетке при дыхании, миалгии, понос. Рентгенологически выявляются инфильтраты в обоих легких: А. микоплазма Б. легионелла В. вирус

		Г. клебсиелла пневмонии Д. стрептококк пневмонии (пневмококк)
	46.	Назовите микроорганизмы, наиболее часто вызывающие пневмонию у больного хроническим бронхитом: А. микоплазма Б. вирус+стрептококк В. стрептококк пневмонии (пневмококк) + гемофильная палочка Г. стафилококк Д. синегнойная палочка
	47.	Какое осложнение пневмонии в стадии бактериальной агрессии наиболее опасно для жизни: А. массивный экссудат в полости плевры Б. деструкция легочной ткани с исходом в абсцесс В. миокардит Г. перикардит Д. инфекционно-токсический шок
	48.	Бронхиальная обструкция выявляется с помощью: А. рентгенологического исследования легких Б. бронхоскопии В. спирометрии Г. исследования газового состава крови Д. бодиплитизмографии
	49.	Хронический бронхит, протекающий без обструкции бронхов, но с периодическими обострениями, во время которых усиливается кашель и увеличивается количество слизистой мокроты, называют: А. простым Б. гнойным В. функционально нестабильным Г. обструктивной болезнью легких Д. гнойно-обструктивным
	50.	В мокроте больного, страдающего хроническим бронхитом, выявляются: А. нейтрофилы и альвеолярные макрофаги Б. большое количество эозинофилов В. эластические волокна Г. спирали Куршмана Д. все перечисленное
	51.	Общепринятым клиническим критерием хронического бронхита является: А. регулярно повторяющиеся приступы сухого кашля Б. кашель с мокротой в течение 3 месяцев подряд в году на протяжении 2 лет и более при наличии признаков диффузного воспаления слизистых оболочек бронхов

		В. кашель с мокротой в течение 3 месяцев подряд в году на протяжении 2 лет и более при наличии признаков ограниченного воспалительного процесса в легких Г. постоянный кашель с выделением не менее 100 мл гнойной мокроты на протяжении 2-х лет и более Д. стойкая крепитация по всем легочным полям, не обязательно сопровождающаяся кашлем
	52.	Больные хроническим бронхитом чаще всего умирают от присоединившейся: А. пневмонии, осложненной деструкцией и легочным нагноением Б. пневмонии, осложненной деструкцией и легочным кровотечением В. пневмонии и легочно-сердечной недостаточности Г. множественных тромбозов в системе легочной артерии Д. нарастающей бронхиальной обструкции с исходом в острую дыхательную недостаточность
	53.	Прогноз при хронической обструктивной болезни легких: А. благоприятный, продолжительность жизни такая же, как в популяции, качество жизни не нарушено Б. в отношении продолжительности жизни благоприятный, но снижено качество жизни В. неопределенный, зависит от течения инфекционных легочных осложнений Г. неопределенный, зависит от реакции на бронхорасширяющую терапию, профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития хронического легочного сердца Д. неблагоприятный из-за прогрессирующего, несмотря на лечение, течения заболевания
	54.	Признаком бронхиальной обструкции является изменение любого из перечисленных показателей функции внешнего дыхания, кроме изолированного снижения: А. ЖЕЛ Б. ОФВ1 В. МОС25 Г. МОС50 Д. МОС75
	55.	Бронхоэктатическая болезнь может осложняться всем перечисленным, кроме: А. острой дыхательной недостаточности Б. абсцесса легкого В. эмпиемы плевры Г. амилоидоза внутренних органов Д. легочного кровотечения
	56.	По клиническим проявлениям бронхоэктатическая болезнь напоминает: А. хронический простой бронхит Б. бронхиальную астму В. хронический обструктивный бронхит Г. хронический гнойный бронхит Д. затянувшуюся пневмонию
	57.	ЖЕЛ 86%, ОФВ1 72%, МОС25 61%, МОС50 54%, МОС75 80%

		А. нарушения ФВД по рестриктивному типу Б. нарушения ФВД по смешанному типу В. нарушения ФВД по обструктивному типу, изолированная обструкция крупных и средних бронхов Г. нарушения ФВД по обструктивному типу, изолированная средних бронхов Д. нарушения ФВД по обструктивному типу, генерализованная обструкция
	58.	Наиболее информативным методом диагностики бронхоэктазов является: А. рентгеноскопия с многоосевым просвечиванием Б. рентгенография в трех проекциях В. КТ легких Г. бронхоскопия Д. сцинтиграфия
	59.	Методы санации бронхиального дерева принято делить на активные и пассивные. Что из перечисленного относится к активному методу? А. пустуральный дренаж Б. аспирация содержимого бронхов и промывание их через бронхоскоп В. применение отхаркивающих препаратов Г. введение средств, разжижающих мокроту, через катетер с последующим откашливанием Д. вибрационный массаж грудной клетки
	60.	При появлении стойкой протеинурии у больного, длительное время страдающего бронхоэктатической болезнью, следует прежде всего заподозрить: А. хронический гломерулонефрит Б. амилоидоз почек В. туберкулез почек Г. хронический пиелонефрит Д. хронический интерстициальный нефрит
	61.	Какой показатель функции внешнего дыхания может измениться в первую очередь при бронхоэктатической болезни? А. ЖЕЛ Б. ОФВ1 В. МОС25 Г. МОС50 Д. МОС75
	62.	Наиболее типичным аускультативным признаком бронхоэктазов является: А. бронхиальное дыхание Б. очаг стойко удерживающихся влажных звучных хрипов различного калибра В. шум трения плевры на ограниченном участке Г. резко ослабленное дыхание на ограниченном участке Д. очаг сухих свистящих хрипов, определяемых на вдохе и выдохе

	63.	Какое положение, касающееся атопической бронхиальной астмы правильно: А. обычно развивается в пожилом возрасте Б. характерно повышение уровня IgE и эозинофилов в крови В. постепенное начало Г. неуклонное прогрессирование с развитием необратимой бронхиальной обструкции Д. все перечисленное
	64.	Какие изменения показателей ОФВ 1 или МПВ при ингаляционной пробе с метахолином свидетельствуют о гиперреактивности бронхов? А. отсутствие реакции Б. прирост на 5-10% В. уменьшение на 5-10% Г. прирост на 12% и более Д. уменьшение на 12% и более
	65.	Какой из перечисленных показателей отражает наличие и степень выраженности бронхиальной обструкции? А. объемная скорость форсированного выдоха Б. объемная скорость форсированного вдоха В. жизненная емкость легких (ЖЕЛ) Г. форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) Д. остаточный объем легких
	66.	Наиболее предпочтительным методом введения антибактериальных препаратов при бронхоэктатической болезни является: А. ингаляционный Б. эндобронхиально через бронхоскоп В. внутривенный Г. внутримышечный Д. энтеральный
	67.	Для астматического статуса характерны все указанные признаки, кроме: А. снижение или отсутствие реакции на бронходилататоры Б. обильного количества мокроты В. уменьшения дыхательных шумов Г. резкого снижения ОФВ 1 и МПВ Д. признаков острого легочного сердца
		Задания открытого типа
	1.	Больной М. 53 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода колебания АД от 120/80 до 170/110 мм рт. ст., сопровождающиеся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз

		гипертоническая болезнь. Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лег спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м^2. Окружность талии – 106 см. Лицо гиперемировано. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона во 2-ом межреберье слева от грудины. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. Назначьте лечение.
	2	Больной С. 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжѐлой физической нагрузки появились подобные жалобы. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 уд/мин, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт ст. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в мин. Периферических отѐков нет. На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 уд/мин. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение. 3.
	3.	Больной А. 68 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна. Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В лѐгких по всем полям выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца ослаблены, акцент II тона над легочной артерией. Печень не пальпируется,

		отѐков нет. Температура тела нормальная. На ЭКГ - Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение.
	4.	Больной К. 48 лет обратился в поликлинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приѐмом 1-2 таблеток нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, учащенное сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отѐков нет. ЧДД - 18 в минуту, в лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в мин. АД - 135/85 мм рт. ст. Печень и селезѐнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Липидный спектр крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин ЛПВП – 0,9 ммоль /л, ЛПНП – 2,4 ммоль /л. ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола. Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено. ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде. Коронароангиография: стеноз верхней трети левой коронарной артерии - 80%, средней трети огибающей артерии - 80%. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Перечислите известные Вам факторы риска ССЗ модифицируемые и немодифицируемые. 3. Назначьте лечение.
	5.	Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2019 г. по 14.09.2019 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2019 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст.

		Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал эналаприл 5 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 54 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5 ммоль/л. ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка (VE/VA <1,0). ФВ – 48%. 30.09.2016 г. явился на приѐм в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м^2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Прокомментируйте результаты физикального исследования и дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение.
	6.	Мужчина 25 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°С, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные. Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°С. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°С, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м2. Температура тела – 38,9°С. В лѐгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на a. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации

		безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край печени гладкий. Отѐки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты – $3{,}3\times10^{12}$/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $15{,}8\times10^{9}$/л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м^2, СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения. При посеве крови на стерильность дважды выделен S. aureus, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение.
	7.	Больная В. 40 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отѐки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отѐки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лѐгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. При аускультации на верхушке сердца I тон ослаблен, систолический шум, акцент II тона на a. pulmonalis. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объѐме за счѐт ненапряжѐнного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3 см, край еѐ закруглѐн, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. Назначьте лечение.
	8.	Больной Р. 59 лет, водитель. Накануне вечером шѐл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170/90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не

		получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м^2. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отѐков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м^2 (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м^2 также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм в I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм в II, III, AVF. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение. 3.
	9.	Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец Т; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. Назначьте лечение.
	10.	Больной 48 лет поступил в стационар с амбулаторного приѐма в поликлинике, куда обратился с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в среднем темпе через 500 м или при подъѐме по лестнице на 3 этаж, проходящие через 1-2 мин покоя. Впервые боли за грудиной появились 2 года назад, но больной их появление не связывал с заболеванием сердца, к врачам не обращался. Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда приступы загрудинных болей участились, стали возникать при меньших нагрузках – при спокойной ходьбе через 50-100 м, появились приступы сжимающих болей в покое. Из анамнеза известно, что больной страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД – 170/100 мм рт. ст. Курит до 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет. Мать и отец больного страдают артериальной гипертензией, имеются случаи внезапной смерти среди родственников. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

		3. Назначьте лечение.
	11.	Мужчина 57 лет вызвал участкового терапевта на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук лѐгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. 3. Назначьте лечение. 3.
	12.	Больная 22 лет. После переохлаждения появились насморк, першение в горле, субфебрильная температура. Через 3 дня общее самочувствие улучшилось, но появились приступы сухого кашля, особенно ночью. Периодически стало появляться затрудненное дыхание, обильные водянистые выделения из носа, многократное чихание, зуд век. Отметила, что при выходе на улицу кашель прекращается, улучшается самочувствие. В детстве при употреблении в пищу клубники и цитрусовых возникали крапивница, зуд век, слезотечение. В связи с этим указанные продукты давно не употребляет. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,7 град. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. На рентгенограмме патологии легких не выявлено. По остальным органам и системам патологии не выявлено. Анализ крови: эрит. 4,2 .10 12/л, гемоглобин 132 г/л, цв. показатель 0,9, лейк. 5,3 . 10 9/л, эоз. 12%, нейтр. п/я 2%, с/я 60%, лимф. 21%, мон. 5%, СОЭ – 12 мм/час. ЖЕЛ = 92 % должной величины, ОФВ 1 = 87% должной величины. 1. Предполагаемый диагноз? 2. Какие медикаментозные средства следует назначить: А) для купирования кашля и дыхательного дискомфорта? Б) для предупреждения прогрессирования болезни?
	13.	Больной 48 лет, жалуется на одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, повышение температуры до 38,8°С, познабливание. Три дня назад после переохлаждения повысилась температура тела, появился небольшой кашель, затем боль в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле. В последующем температура повысилась до фебрильных величин, боль в грудной клетке уменьшилась, затем исчезла, но появилась и стала нарастать одышка. Объективно: состояние удовлетворительное. Над легкими при перкуссии определяется притупление

		перкуторного звука справа ниже уровня 3-го ребра. В этой зоне голосовое дрожание не проводится, дыхание резко ослаблено, в нижних отделах справа не определяется. Сердце: верхушечный толчок в 5-м межреберье, смещен влево от срединно-ключичной линии, ритм правильный, тоны ясные. Пульс 92/мин, АД – 120/70 мм.рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. 1. Предполагаемый диагноз? Первоочередные диагностические мероприятия?
	14.	Больной 22 лет, жалуется на кашель с выделением гнойно-слизистой мокроты, иногда содержащей прожилки крови, повышение температуры до 38,6 град.С., познабливание, общую слабость. С детства склонен к простудным заболеваниям, которые сопровождались кашлем с выделением слизистой мокроты, иногда кровохарканье. При выздоровлении кашель прекращался. В течение последних 5 лет кашель постоянный, отделялось около 20 мл в сутки слизисто-гнойной мокроты. При обострениях заболевания количество мокроты увеличивалось до 100-150 мл в сутки, она становилась гнойно-слизистой, иногда с неприятным запахом, повышалась температура до субфебрильных и фебрильных величин. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, ногти выпуклые, утолщения концевых фаланг пальцев рук нет. Над легкими небольшое укорочение перкуторного звука в задне-боковых отделах. Аускультативно в этой области множество мелко и среднепузырчатых влажных хрипов, количество которых несколько уменьшается при откашливании мокроты. Анализ крови: эрит. 3,5 .10 12/л, гемоглобин 110 г/л, ,лейк. 12,3.10 9/л, п. 6%, с. 68 %, лимф. 20%, мон.6%, СОЭ 24 мм/час. Рентгенограмма грудной полости: справа нижняя доля уменьшена в размерах, легочный рисунок усилен и деформирован, инфильтрации легочной ткани не определяется, реберно-диафрагмальный синус запаян. 1. Предполагаемый диагноз? 2. 2. Дополнительное исследование для объективизации диагноза?
	15.	Больной 62 лет, жалуется на кашель, выделение слизисто-гнойной мокроты с примесью бурой крови, одышку, повторяющиеся ознобы, резкую общую слабость. 5 дней назад повысилась температура до 39 град., появился саднящий сухой кашель, осиплость голоса. Диагностирован грипп. На 3-й день заболевания температура снизилась до субфебрильных величин, но через сутки вновь повысилась до 39,8 град., появились ознобы, резко усилился кашель, вначале сухой, затем стала отделяться слизисто-гнойная мокрота с примесью крови, появилась одышка, резкая слабость. Объективно: состояние тяжелое, кожа бледная. При перкуссии легких притупление звука в нижних отделах справа, в этой зоне ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. Число дыханий 28 в мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Пульс 110 в мин., малого наполнения, АД 100/60 мм рт.ст. Анализ крови: эр.3,8.10 12/л; гемоглобин 118 г/л; цв.показатель 0,9; л. 18.10 9/л; ю,2%; п,18%; с.62%; л.16%; м. 2%; СОЭ 50 мм/час. Рентгенограмма легких: в области нижней доли справа множественные очаговые тени, местами сливные, на фоне которых имеются кольцевидные тонкостенные полости, не содержание жидкости. 1. Диагноз с указанием вероятного возбудителя заболевания? 2. Медикаментозный препарат первого ряда?

	16.	Больной 57 лет, жалуется на одышку при небольшой нагрузке, ощущение свиста и хрипов в груди при дыхании, кашель с выделением слизистой вязкой мокроты. Курит с 20-летнего возраста. Около 30 лет беспокоит кашель, который больной всегда связывает с курением. Дыхательный дискомфорт и одышка появились 5-6 лет назад. Затем стали появляться приступы кашля, свистящие дыхание. Степень выраженности этих симптомов менялась в зависимости от погоды. Лучше чувствовал себя в теплое сухое время года. Нарастание одышки и кашля особенно отмечает в течение последних трех лет. В год 3-4 обострения заболевания. По шкале mMRC 4 балла. Объективно: грудная клетка бочкообразна, кифоз грудного отдела позвоночника, некоторое набухание надключичных пространств. Нижние границы легких опущены, перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультация: дыхание ослабленное везикулярное, выдох удлинен, на выдохе свистящие хрипы высокой тональности. Определение относительной сердечной тупости затруднено, выявляется эпигастральная пульсация правого желудочка. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 92 в мин., АД 160/80 мм рт.ст., SpO2 88% Функция внешнего дыхания: ЖЕЛ=71%; ФЖЕЛ=56%; ОФВ-1=43%; МОС-25=27%, МОС-50=23%; МОС-75=23%. 1. Диагноз? 2. Тип нарушения вентиляции и степень тяжести? 3. Медикаментозный препарат первого ряда?
	17.	Больная 19 лет, доставлена бригадой «скорой помощи». У больной впервые в жизни возник приступ удушья. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными – кошка, собака, лошадь и реакция в виде вазомоторного ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. 3 месяца назад больная устроилась на новую работу администратором в косметический салон. Через месяц у больной появился сухой кашель, который стал постоянным и постепенно усиливался. Накануне возникновения приступа удушья больная была в гостях, где держат собаку. Вечером после возвращения домой, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи указанные симптомы усилились, появилось чувство нехватки воздуха, чувство неполного выдоха из-за удушья. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована. Семейный анамнез: у отца больной – бронхиальная астма, мать здорова. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 36,7 град С. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз. ЧД – 26 уд/мин, При сравнительной перкуссии – ясный легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии ±2,5 см, по среднеключичной и по лопаточной линиям ±2 см. При аускультации легких – выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха. Дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов. Пульс – 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейк.7,8х 10 9, эоз. – 10%, п/я – 3%, с/я – 65 %, лимф. -20%, мон. -2%, СОЭ – 5 мм/час.

		Рентгенография органов грудной полости: легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 3. Составьте план обследования больной. 4. Лечение.
	18.	Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°С, одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту в поликлинику. В связи с тяжестью состояния направлен в приѐмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался. Объективно: общее состояние тяжѐлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отѐков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 40,5°С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 30 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, Sp02 88%. Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×1012/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×109/л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата. 1. Сформулируйте диагноз? 2. Назначьте лечение
	19.	Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на повышение температуры до 37,6°С в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого лечился с ds: ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех

		отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация. 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время.
	20.	Пациент поступил с жалобами на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке, кашель с гнойной мокротой в утренние часы, повышение температуры до субфебрильных цифр; Из анамнеза: кашель беспокоит 20 лет, 10 лет – экспираторная одышка, курит 30 лет по 1,5 пачки в день, работает на стройке (строительная пыль, переохлаждения), ухудшение состояния последний год (усиление одышки, 2 обострения); Данных объективного обследования: при осмотре – эмфизематозная грудная клетка, диффузный цианоз, перкуторно – коробочный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание с сухими свистящими хрипами с обеих сторон. Данных дополнительного обследования: 4 балла по шкале Mmrs, при спирографии – смешанные нарушения ФВД с преобладанием обструкции, индекс ОФВ1/ЖЕЛ менее 0,7, ОФВ1 44%, проба с сальбутамолом отрицательная, при пульсоксиметрии - сатурации до 88%, в анализах крови и мокроты данные за воспалительный процесс - повышение СОЭ, небольшой левый сдвиг (8 пал.) - в анализе крови, мокрота – гнойная, L100 в п/зр. 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. Какая терапия требуется пациенту?
	21.	Больной 60 лет, жалуется на одышку экспираторного характера при малейшей нагрузке (по шкале mMRC 4 балла), кашель со скудной трудноотделяемой вязкой мокротой желтоватого цвета, отеки ног. Кашель беспокоит более 20 лет, одышка возникла и стала прогрессировать в течение последних двух лет. Отеки голеней и стоп появились несколько дней назад. За последний год 3 обострения заболевания. Курит более 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Отеки голеней и стоп. Над легкими дыхание ослаблено, выдох удлинен, на выдохе масса сухих свистящих и жужжащих хрипов. ЧДД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный, ЧСС – 90 в 1 мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Акцент П тона над легочной артерией. Живот мягкий, безболезненный. Рентгенограмма легких: диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. Анализ крови: эр. 7,2 х 10 12/л, гемогл. 178 г/л, лейк -6,0 х 10 9/л, эоз – 4%, п/я -1%, с/я-60%, лимф. 30%., мон. -5%, СОЭ -1 мм/час. Функция внешнего дыхания: ЖЕЛ =68%, ОФВ 1 28%, МОС -25 =30%., МОС -50 = 18%, МОС -75 = 16%, SpO2 85%. 1. Предполагаемый диагноз? 2. Какой тип нарушения вентиляции выявлен при исследовании?

		3. Лечебные мероприятия.
	22.	Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли ноющего характера в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приѐма пищи, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент курит около 1 пачки в день, питается нерегулярно. Больным себя считает около 3-х лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажности. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, болезненность в эпигастральной, пилородуоденальной точках. Стул 1 раз в день, кал коричневый, оформленный. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный. При ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чѐткие границы, гиперемированы, отѐчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие H. pylori – положительный. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	23.	Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении, после приѐма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трѐх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметричный, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный в эпигастрии. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул ежедневный, кал оформленный, коричневый, без патологических примесей. ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

		Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные не сливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	24.	Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. В анамнезе оперативные вмешательства, гемотрансфузии отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 11×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, кал коричневый, без патологических примесей. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4\times10^{12}$/л; лейкоциты – 6,3× 109/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217×109/л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 45 мкмоль/л; непрямой билирубин – 42,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 109 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевина – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; а калий– 3,7ммоль/л; Na– 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 0,84. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркѐры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц.

		Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	25.	Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приѐма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадиирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 92 кг; ИМТ 31,8 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяются положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси справа. Селезѐнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}6\times10^{12}$/л; лейкоциты – $10{,}2\times 10^{9}$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты – 215×109/л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 4 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется группа конкрементов до 5 мм в диаметре, легко смещаемые. Холедох 6 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический

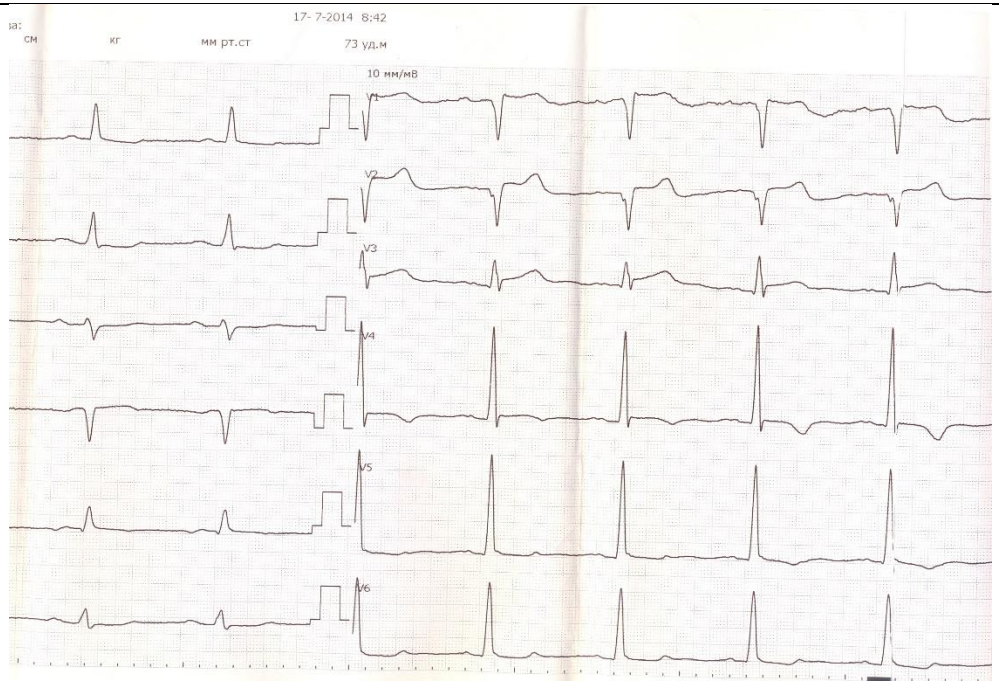
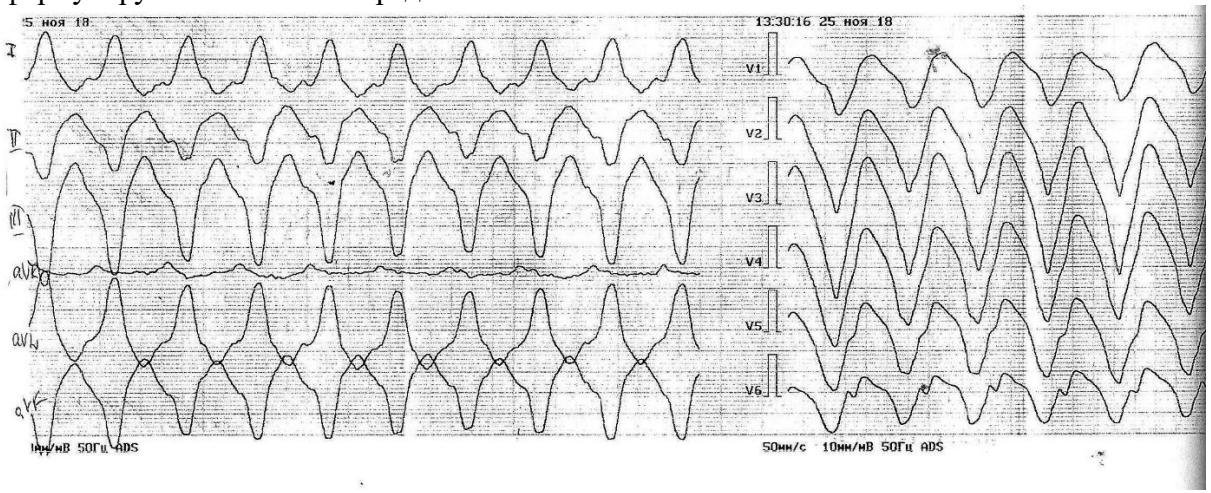
		проток не расширен. ЭКГ - без патологических изменений. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	26.	Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором. При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м2. Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 ×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции. Селезѐнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5\times10^{12}$/л; лейкоциты – 6,5×109/л; нейтрофилы – 4,5×109/л; лимфоциты – 1,3×109/л; моноциты – 0,44×109/л; эозинофилы – 0,2×109/л; базофилы – 0,06×109/л; Hb – 145г/л; тромбоциты – 80×109/л; СОЭ – 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 45 мкмоль/л; непрямой билирубин – 39,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевина – 3,2 ммоль/л; альбумин – 29 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na–138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов B, C, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный. молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?

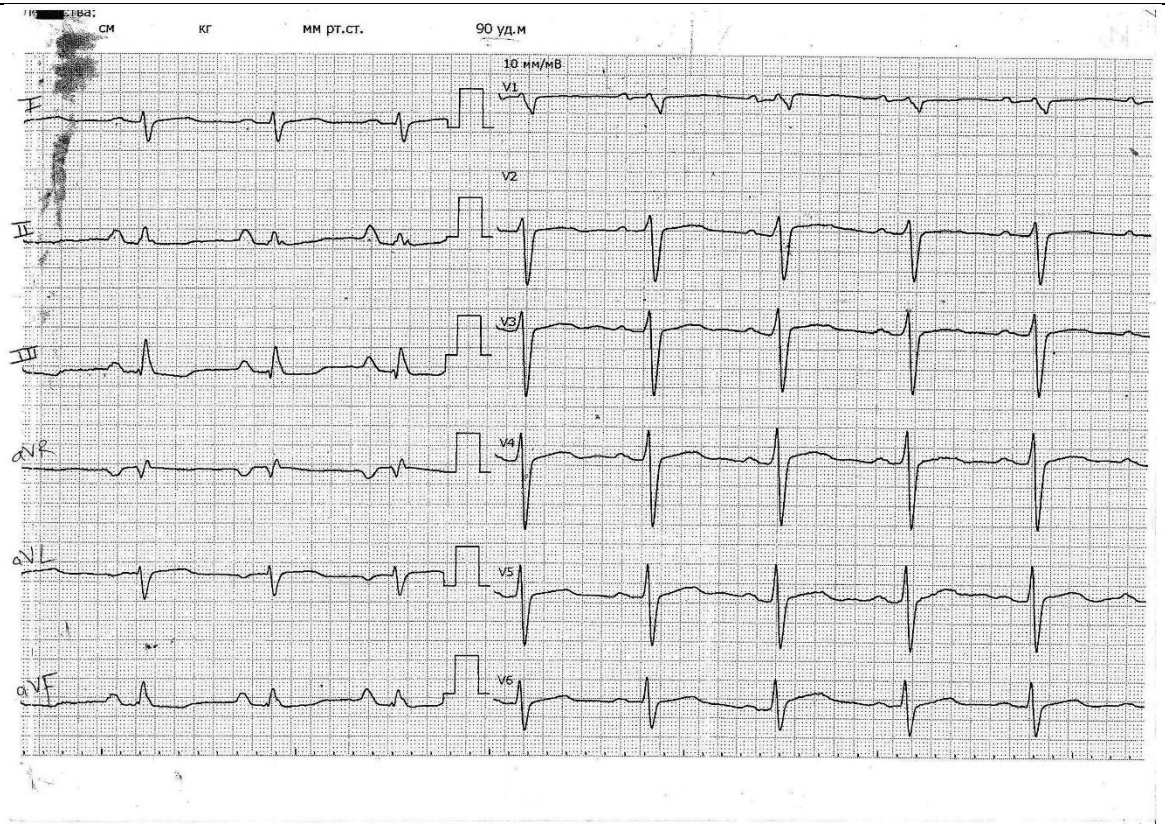
	27.	Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца. Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, t – 36,8°С, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налѐтом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчѐтливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрѐберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезѐнки по Курлову: 10х8х7 см и 6×4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = 3,02 $\times 10^{12}$ /л, Hb = 103 г/л, лейкоциты = 12,6$\times 10^{9}$ /л. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРБ – положительный. Ректороманоскопия: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отѐчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?

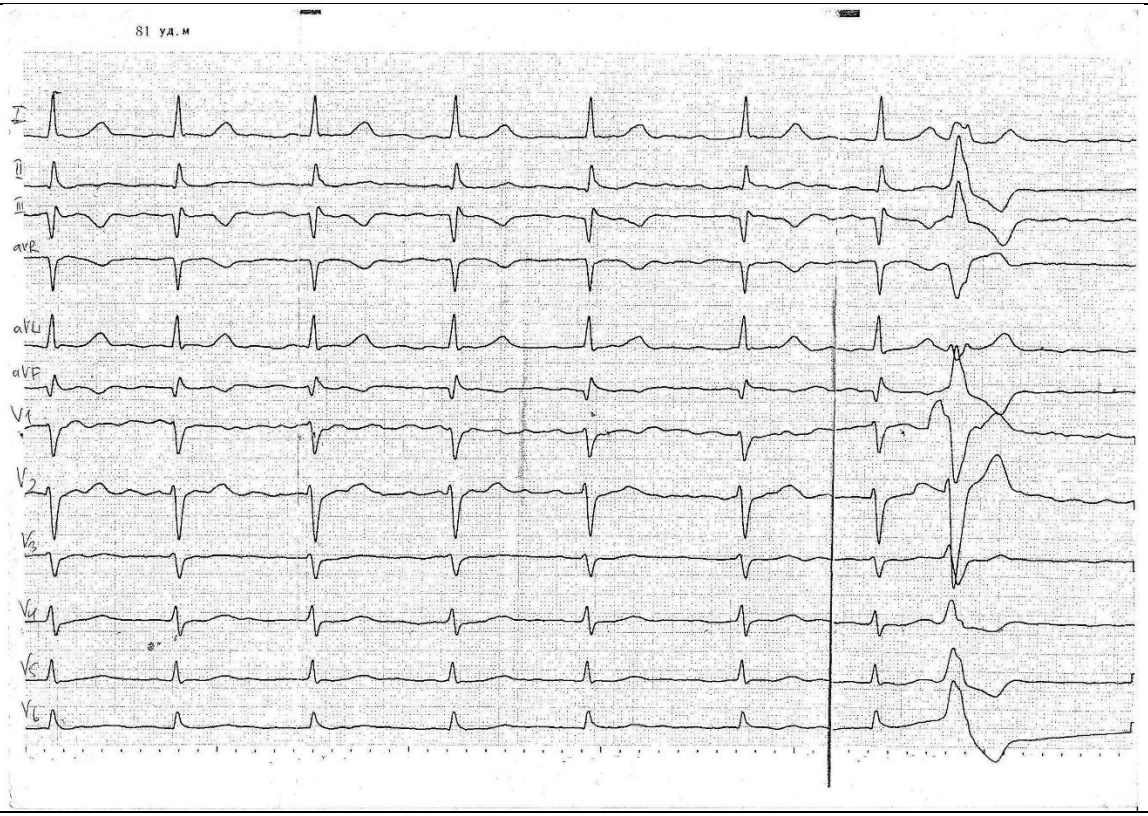
	28.	Больной Т. 42 лет, не работает госпитализирован в стационар с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объѐме, отѐки нижних конечностях в области стоп и голеней. В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отѐки стоп и нижней трети голеней. В лѐгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объѐме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лѐжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезѐнки - 15×12 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тѐмно-жѐлтая. Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}1\times10^{12}$ /л; Нв– 122 г/л; цветовой показатель – 0,9; тромбоциты – 98×109/л, лейкоциты – $3{,}2\times10^{9}$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, непрямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 27 г/л. ПТИ- 0,5. Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чѐткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, холедох не расширен. Селезѐнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. 155 х70 мм. Свободная жидкость в брюшной полости. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	29.	Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приѐмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость. Начало заболевания связывает с погрешностью в еде – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приѐма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и

		ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налѐтом. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6\times10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень не увеличена, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 35 мм. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	30.	Пациентка М., 20 лет, студентка, жалуется на слабость, повышение температуры тела до субфебрильных значений, чувство тяжести в правом подреберье, нарушение менструального цикла, боли в мелких суставах и их припухлость. Считает себя больной в течение 3 мес, когда по возвращении из Турции (отдыхала в течение 14 дней) стала постепенно нарастать указанная симптоматика. Алкоголь не употребляет. При осмотре: избыточного питания, умеренная припухлость суставов кистей, на коже нижней части живота и ягодицах розовые стрии, единичные телеангиоэктазии на коже плечевого пояса, пальмарная эритема. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову: 15х12х10 см. Нижний край печени несколько закруглен, пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, гладкий, мягкий, чувствительный. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры селезенки 12х 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. В клиническом анализе крови СОЭ - 42 мм/час, в биохимическом анализе крови АСТ - 160 ЕД/л, АЛТ - 240 ЕД/л, общий билирубин - 34 ммоль/л. При электрофорезе белков выявлена выраженная гипергаммаглобулинемия. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С в крови не выявлены. При УЗИ брюшной полости: печень - 15х12х10 см, диффузно-неоднородной структуры, повышенной эхогенности. Желчный пузырь обычной формы. Конкрементов не выявлено. Портальная вена - 11 мм, селезеночная вена - 5 мм. Общий желчный проток - 6 мм. Селезенка - 12,5х7 см. Поджелудочная железа - без патологии. Почки расположены обычно, без патологических изменений. Предположите наиболее вероятный диагноз?

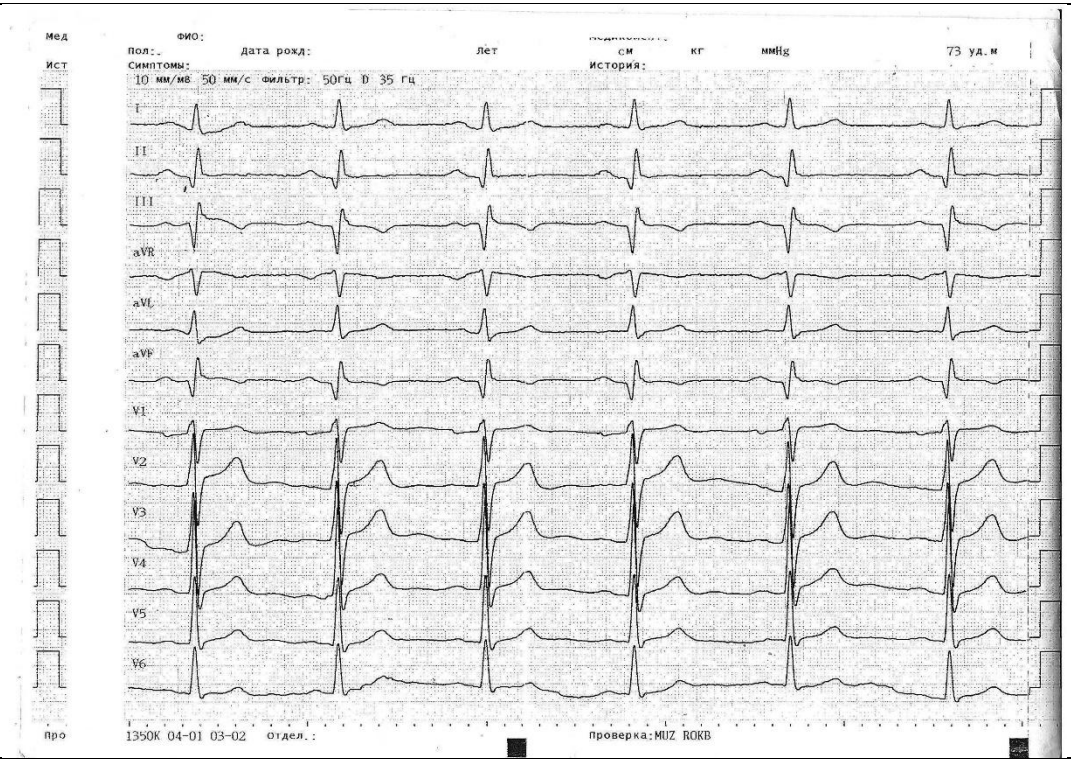
		Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
	31.	Больная В. 47 лет предъявляет жалобы на зуд кожи, нарушения менструального цикла, желтушность кожных покровов, похудание, дискомфорт в правом верхнем квадранте живота. Больна в течение 5 лет. Лечилась у дерматолога по поводу нейродермита и у гинеколога по поводу климактерической дисфункции яичников. При обследовании – выявлены субиктеричность склер, пигментные пятна, ксантомы и множественные следы расчѐсов на коже туловища. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 ударов в минуту. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 7 см, край плотный, безболезненный. Селезѐнка не пальпируется. Стул 1 раз в день, кал оформленный, коричневый, без патологических примесей. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 87,5 мкмоль/л, ЩФ –413 Ед/л, ГГТП – 62 Ед/л, общий белок – 72 г/л, альбумины – 29 г/л. Гамма-глобулины – 31,1%. В общем анализе крови: СОЭ – 35 мм\час. Предположите наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования? Назначьте лечение?
		Практические задания
	1.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

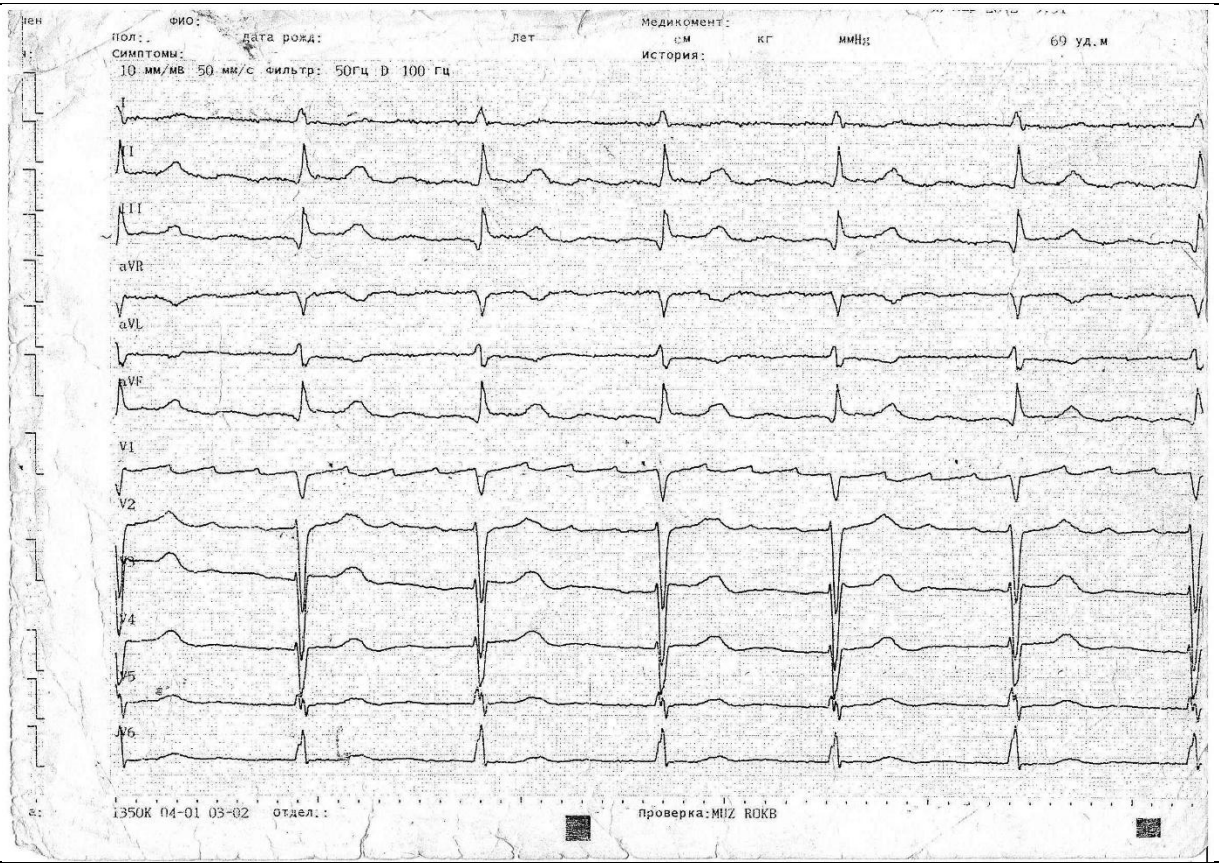
		
	2.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ 
	3.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

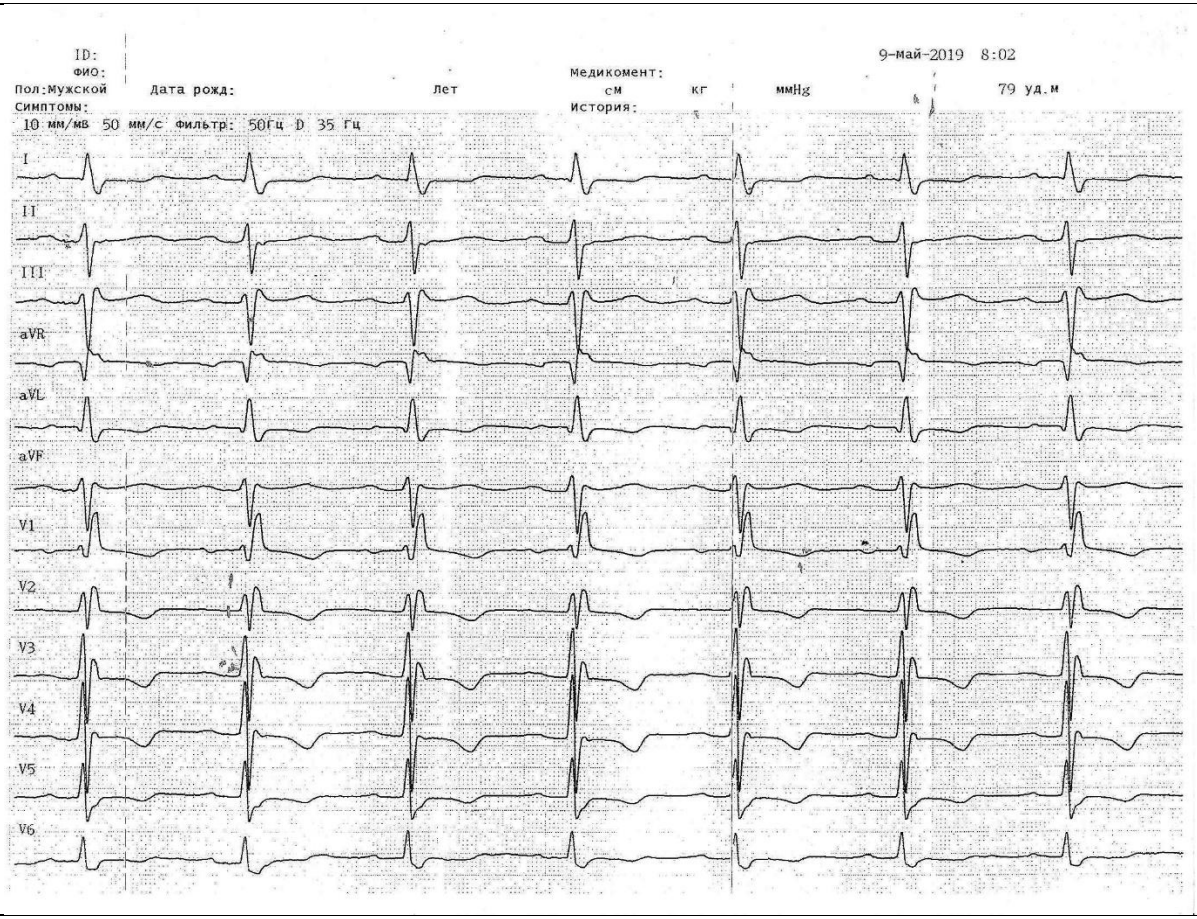
		
	4.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	5.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

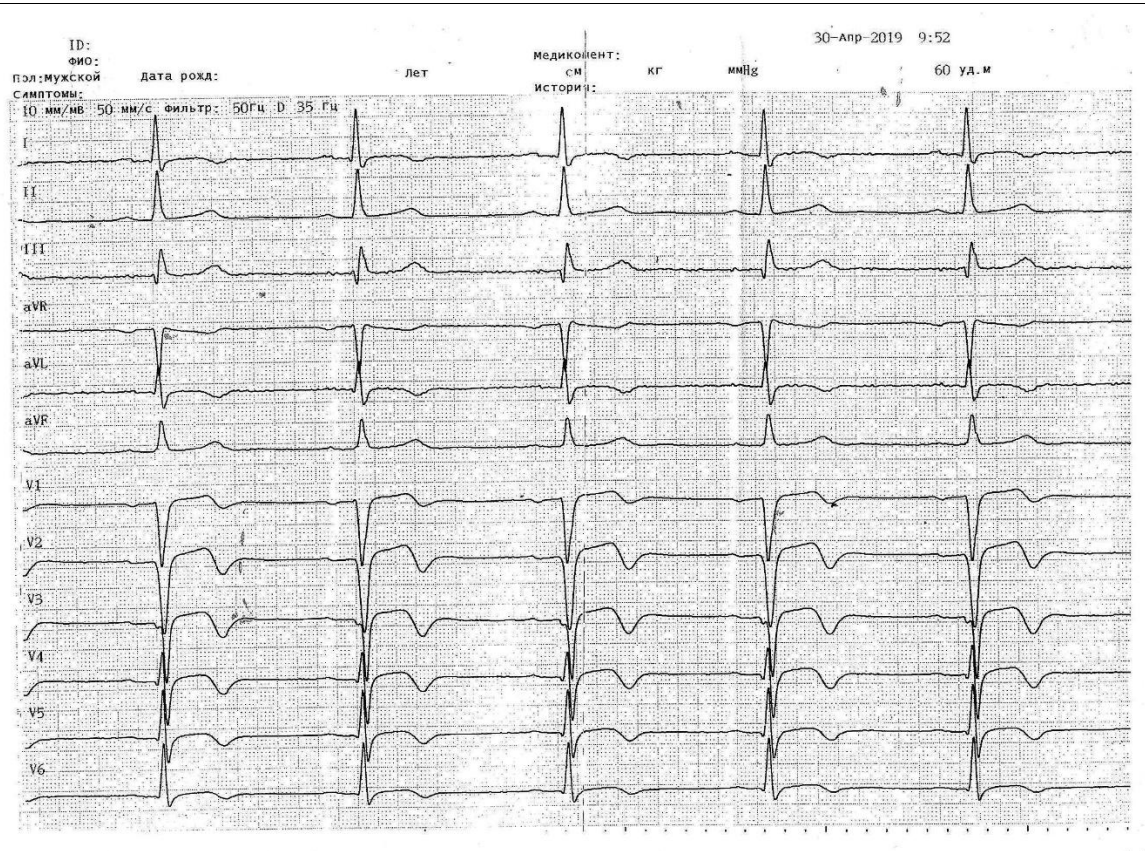
	6.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

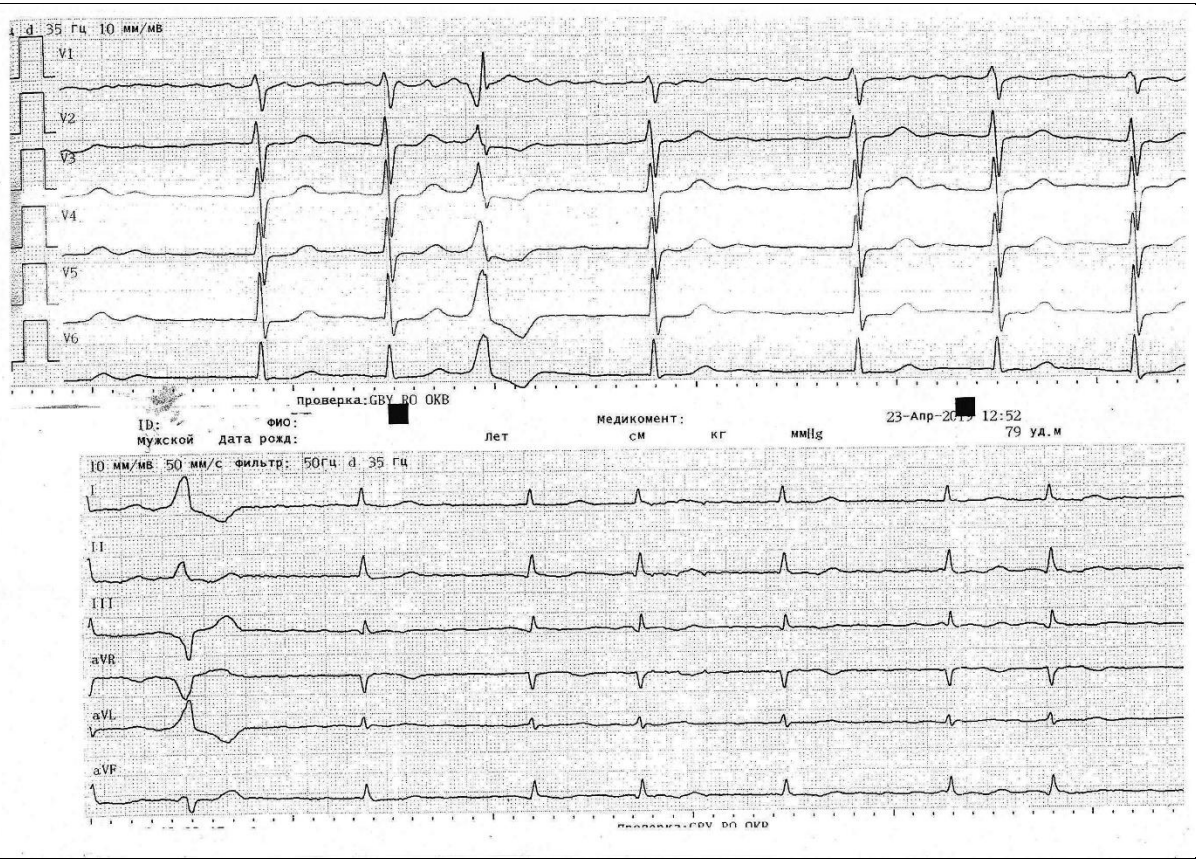
		
	7.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

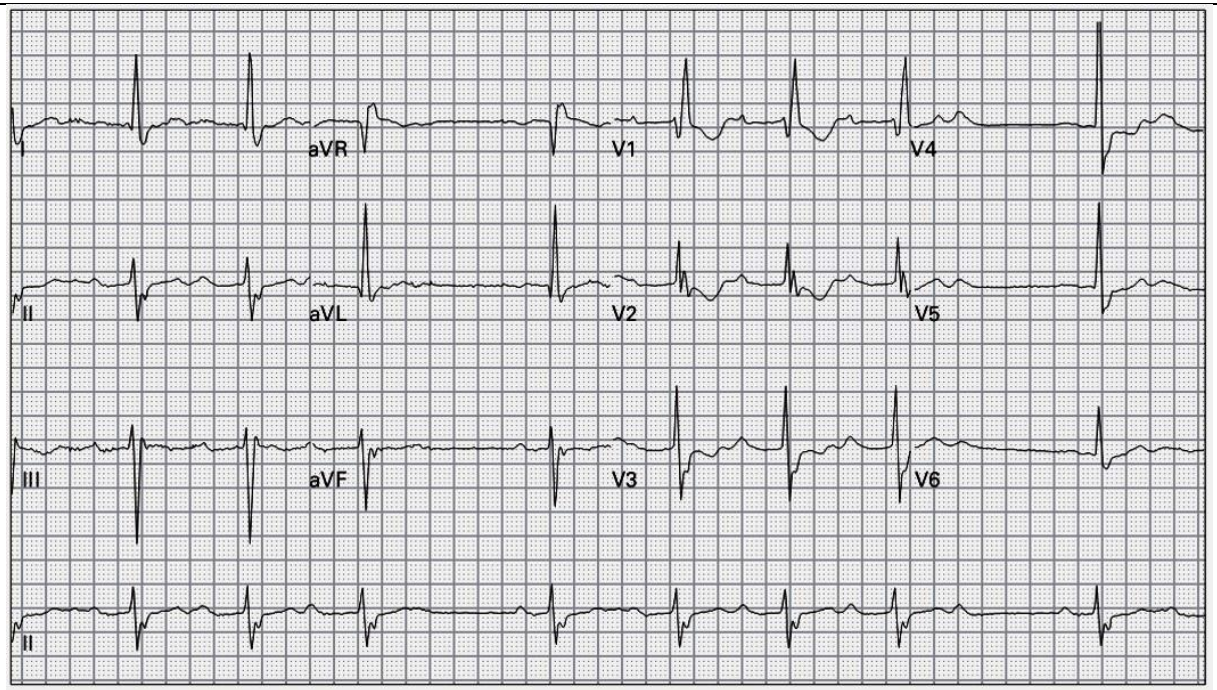
		
	8.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	9.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

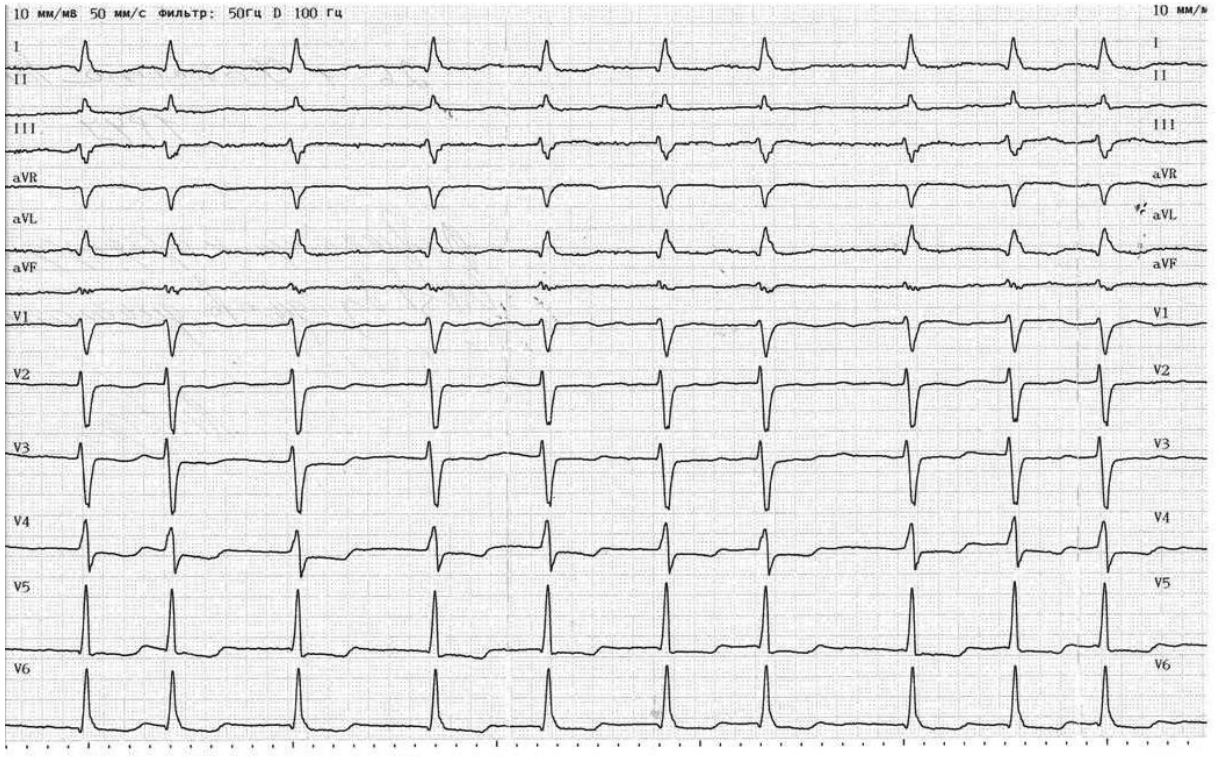
	10.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

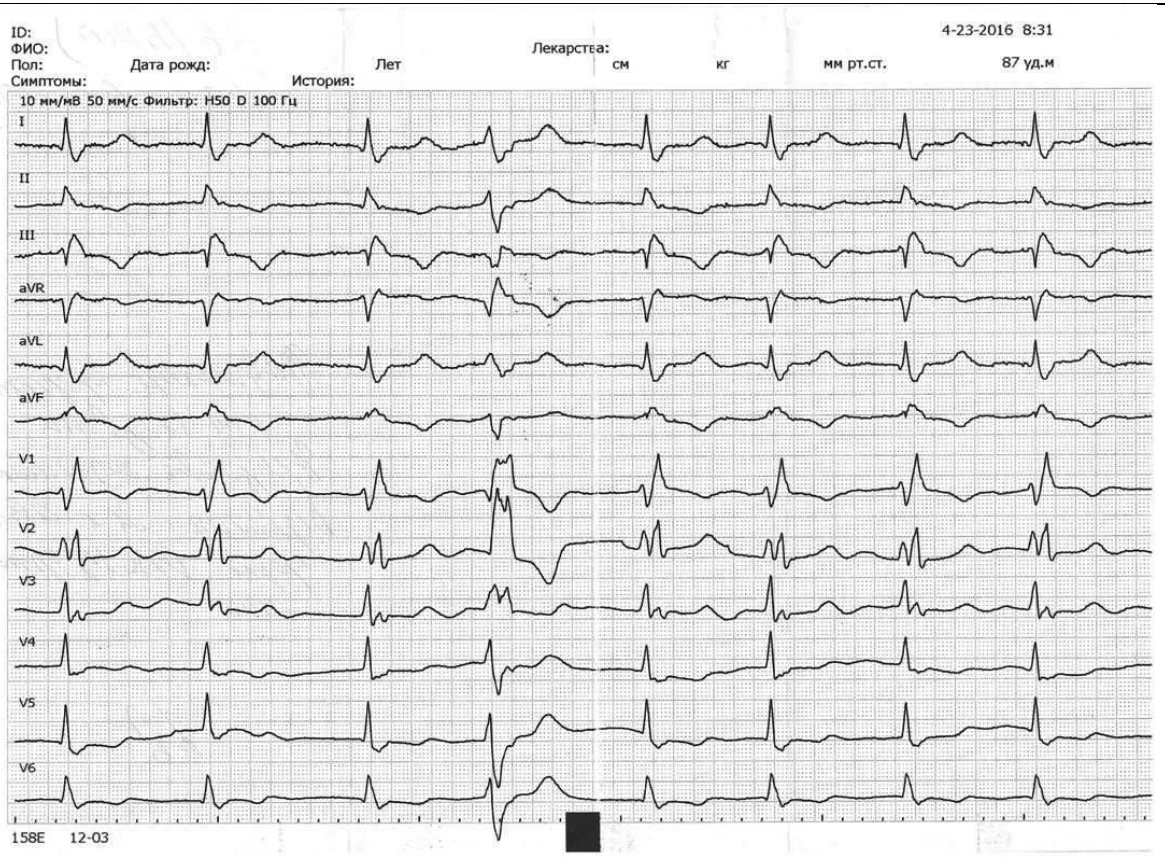
		
	11.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

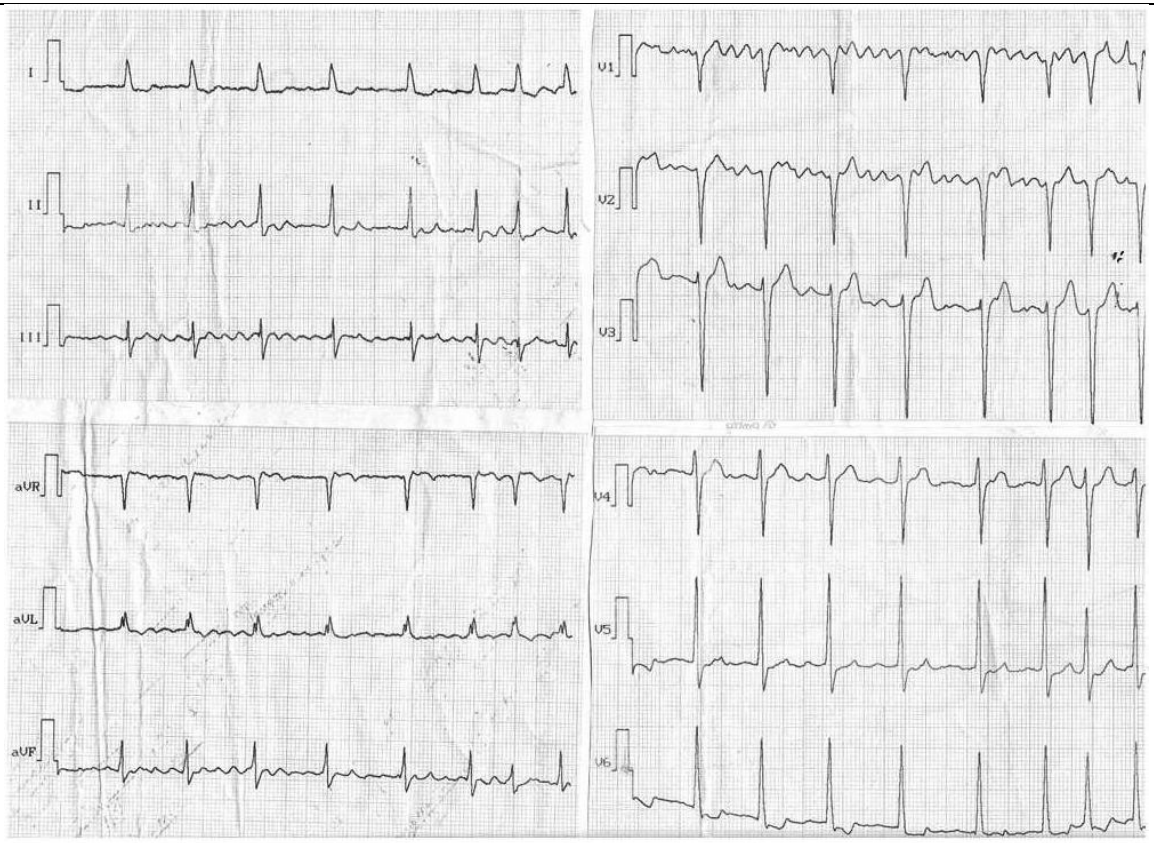
		
	12.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

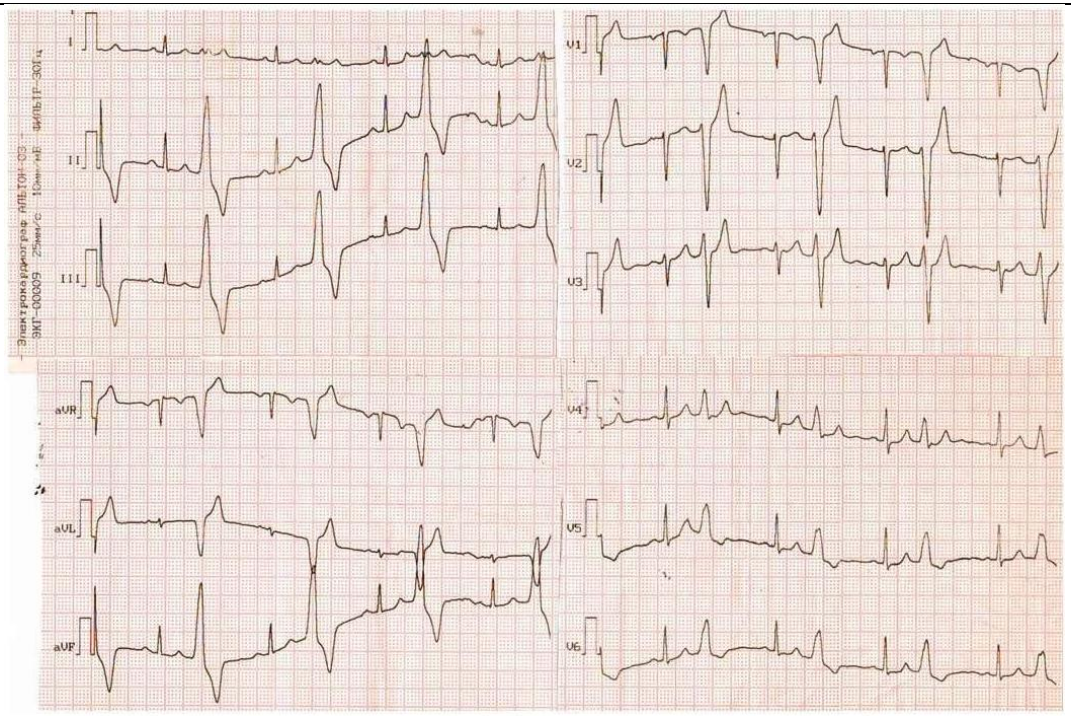
		
	13.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

	14.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	15.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

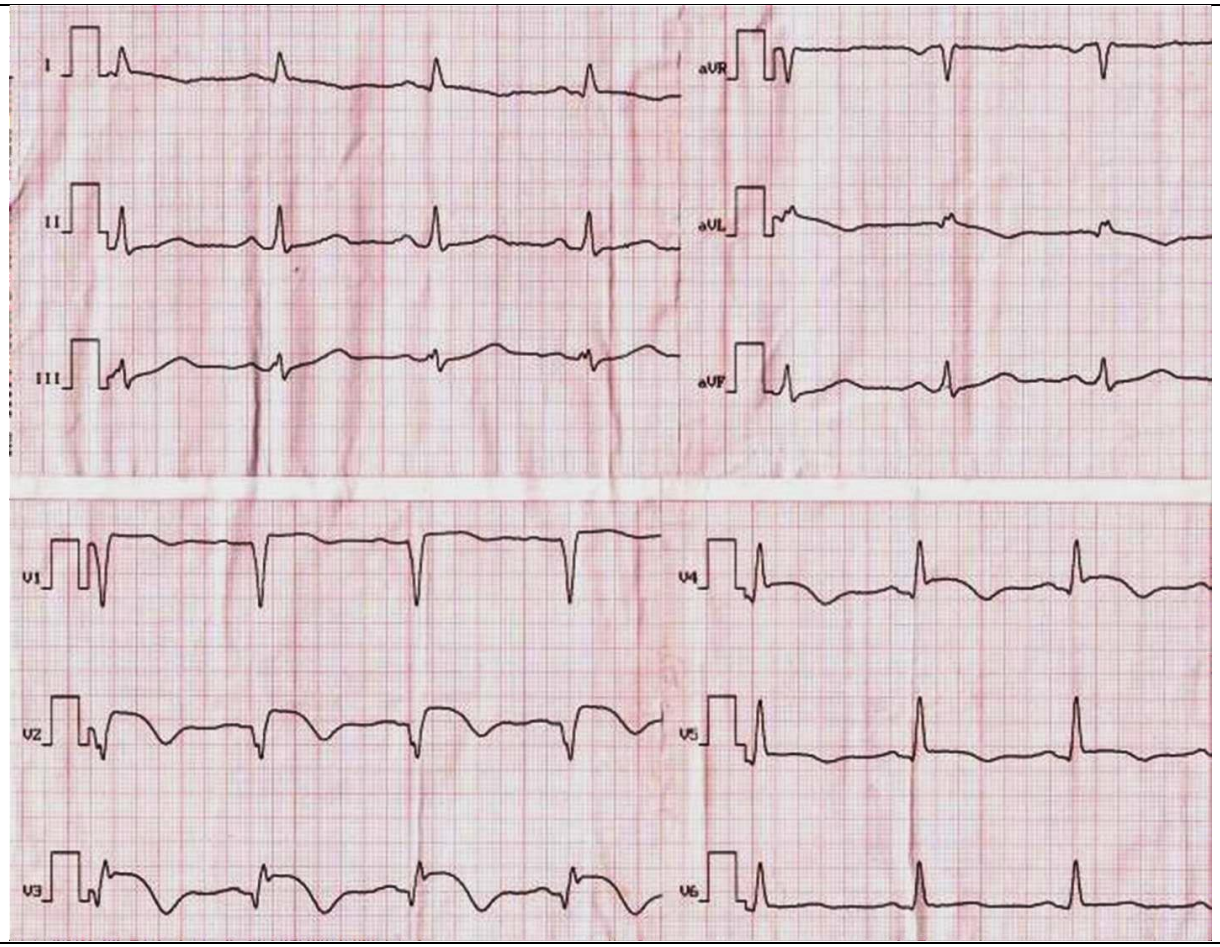
		
	16.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	17.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

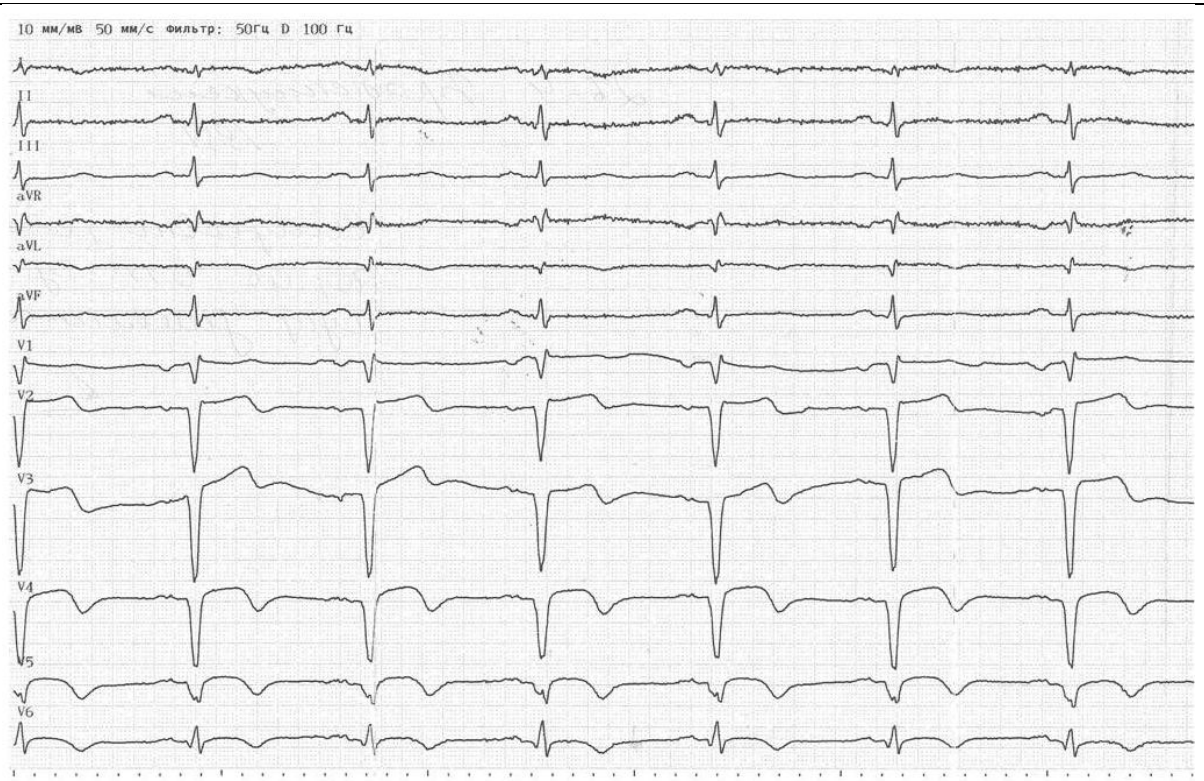
		
	18.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

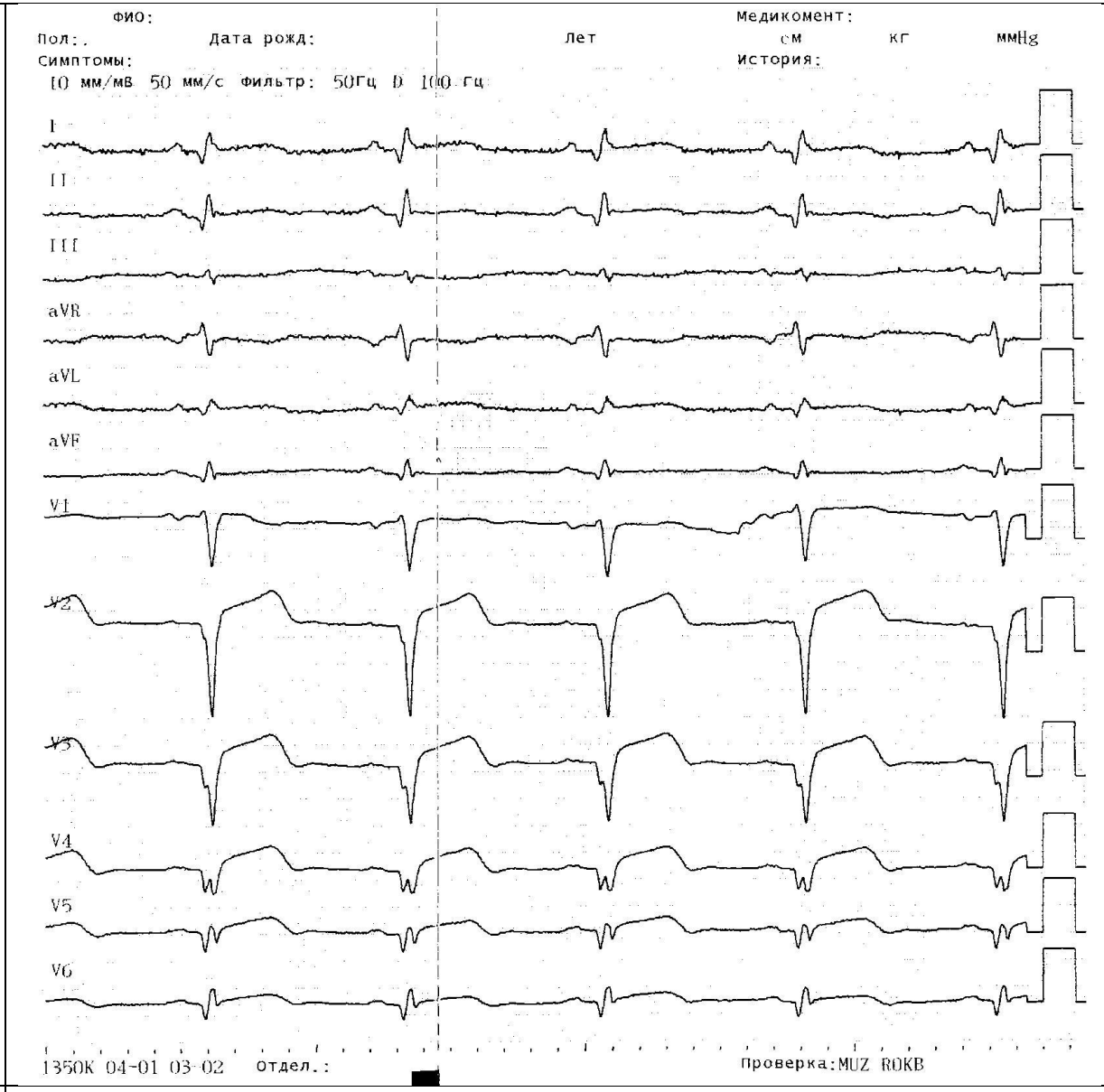
	19.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

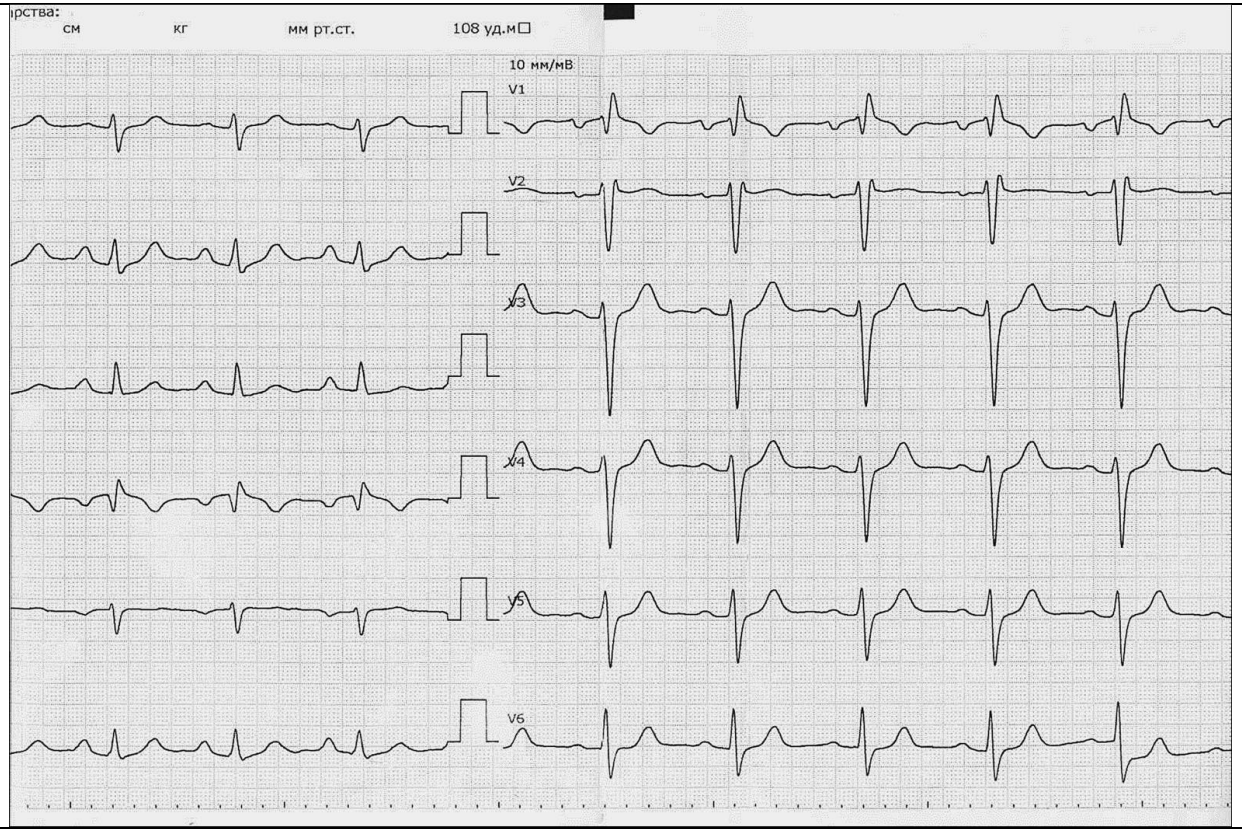
	20.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

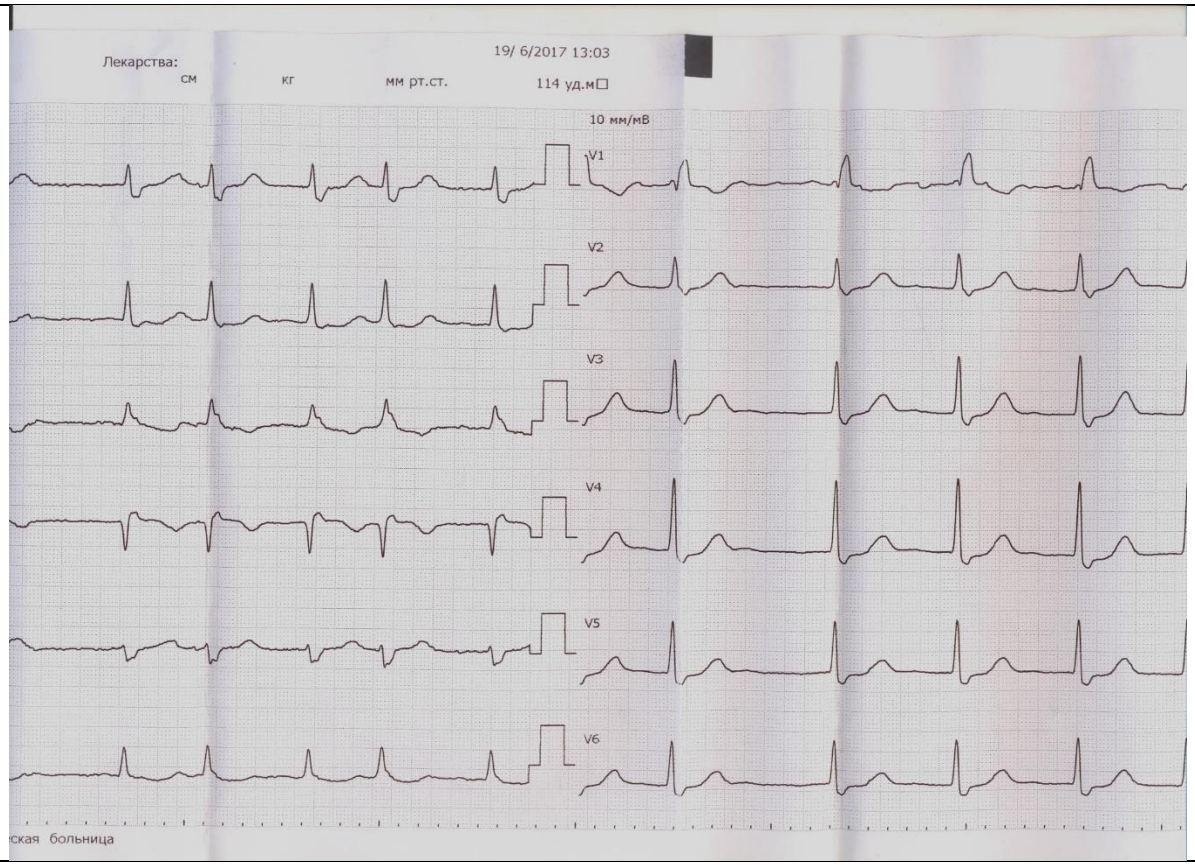
		
	21.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

	22.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

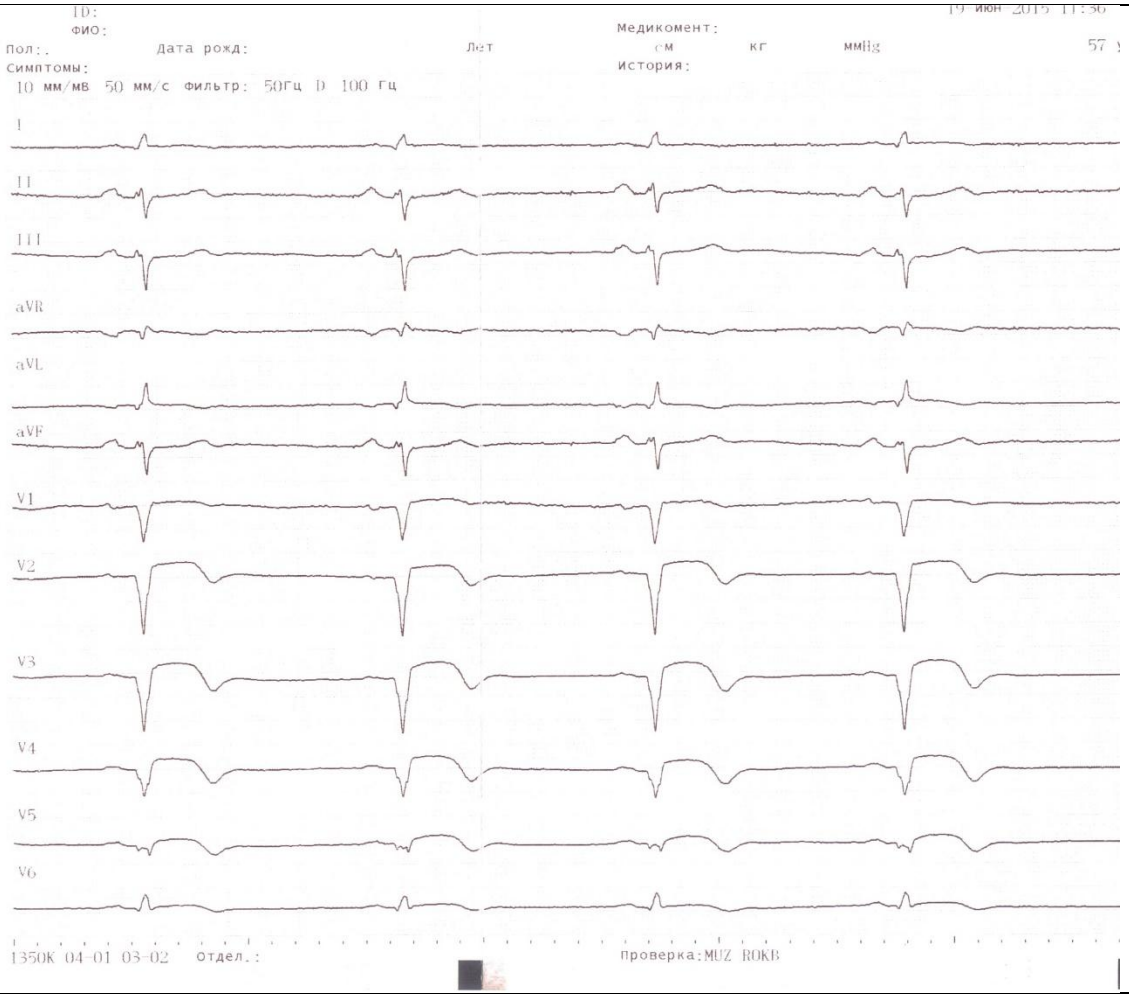
		
	23.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

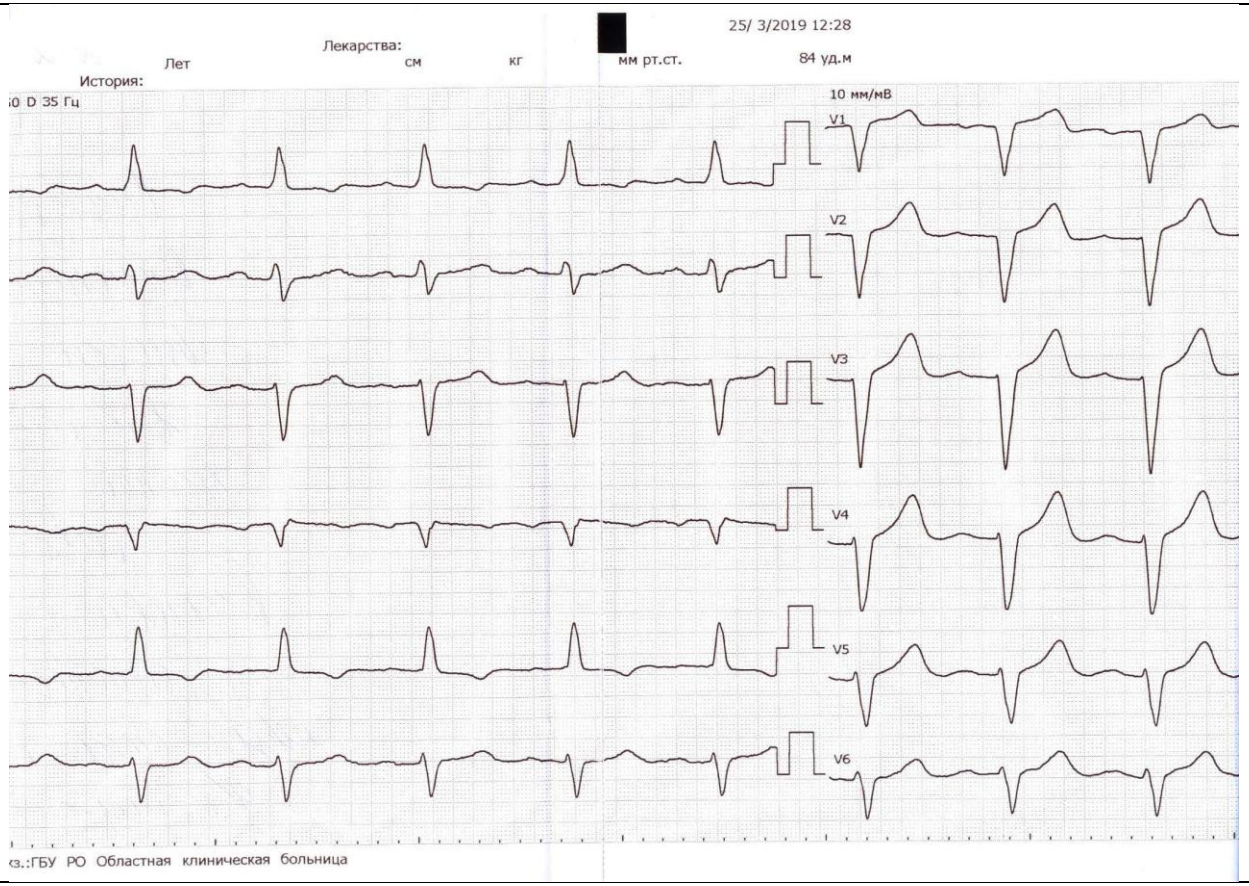
		
	24.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

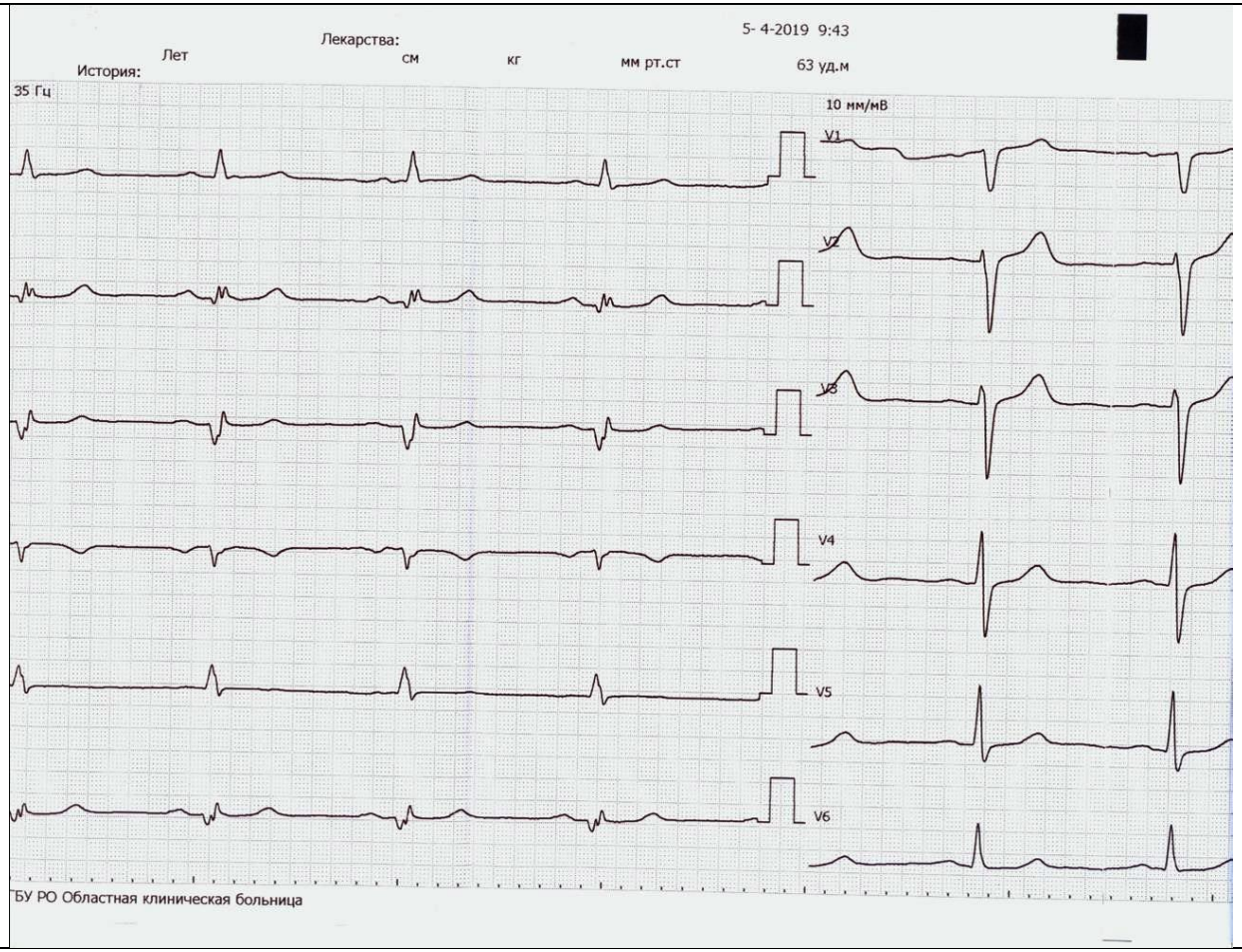
		
	25.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

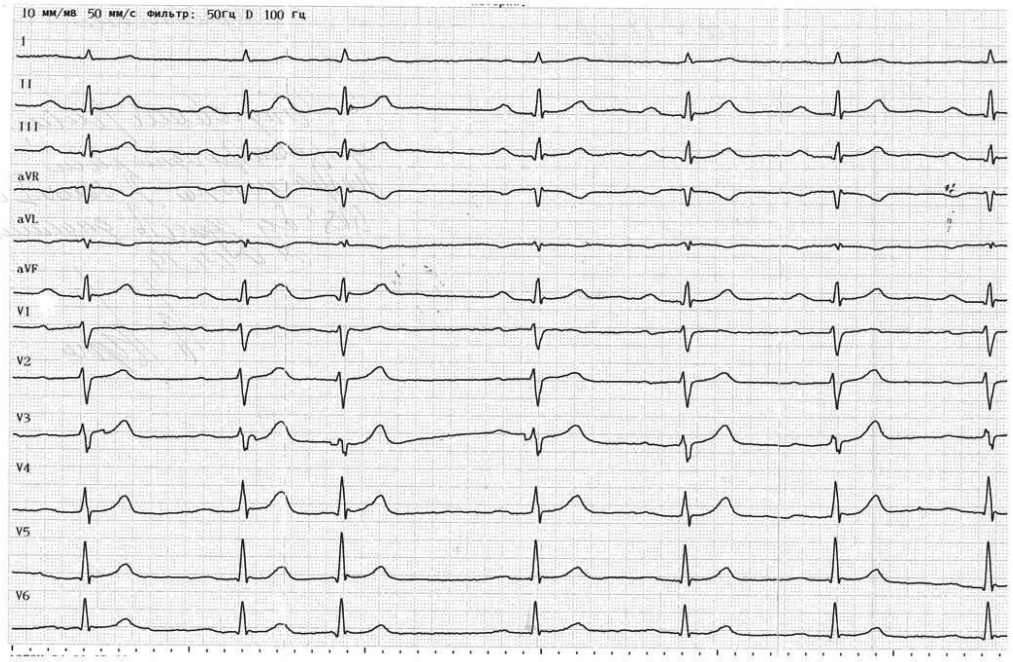
		
	26.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

	27.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	28.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ

		
	29.	Сформулируйте заключение представленной ЭКГ


5- 4-2019 9:43
Лекарства:
Лет
см
кг
мм рт.ст
63 уд.м
История:
35 Гц
10 мм/мВ
V1
V2
V3
V4
V5
V6
БУ РО Областная клиническая больница

	30.	

ОПК-7 способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности		задания закрытого типа
		Прочитайте текст и установите соответствие. Распределите лекарственные препараты для лечения бронхиальной астмы в соответствующие группы К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца: Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

	Препарат		Группа
А	Монтелукаст	1	Антитела к IgE
Б	Флутиказон	2	Кромоны
В	Вилантерол	3	ИГКС
Г	Недокромил натрия	4	Антагонисты лейкотриенов
Д	Омализумаб	5	ДДБА

А	Б	В	Г	Д

<table>
<tr>
<td></td>
<td>2.</td>
<td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Установите соответствие между препаратом и его клинико-фармакологической группой:

К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

А. фиксированная комбинация ИГКС+ДДБА
Б. фиксированная комбинация ДДХЛ+ДДБА
В. муколитик
Г. ингибитор фосфодиэстеразы 4 типа

1. рофлумиласт
2. N-ацетилцистеин
3. будесонид + формотерол
4. тиотропия бромид + олодатерол

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

<table>
<tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.</td>
<td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Комбинации бронхолитиков используемых в терапии ХОБЛ включают:

К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

А. Аноро Эллипта
Б. Спиолто Респимат
В. Дауклир Дженуэйр
Г. Ультибро Бризхалер

1.умеклидиния бромид 62,5 мкг + вилантерол 25 мкг
2. тиотропия бромид 2,5 мкг + олодатерол 2,5 мкг
3. аклидиния бромид 400 мкг + формотерол 12 мкг
4. гликопиррония бромид 50 мг + индакатерол 100 мкг

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:</td>
</tr>
</table>

		<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>
	4.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между фиксированной комбинацией и показанием для применения: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. терапия ХОБЛ без эозинофилии Б. терапия бронхиальной астмы В. тройная терапия ХОБЛ с эозинофилией 1. будесонид + формотерол 2. умеклидиния бромид 62,5 мкг + вилантерол 25 мкг + флутиказона фуроата 92 мкг 3. аклидиния бромид 400 мкг + формотерол 12 мкг Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: <table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>
	5.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между фенотипом ХОБЛ и целесообразной фенотип-ориентированной терапией: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. ХОБЛ с частыми обострениями Б. перекрест ХОБЛ и БА В. ХОБЛ с бронхэктазами Г. эмфизематозный фенотип 1. ИГКС+ДДБА+ДДХЛ 2. ДДБА+ДДХЛ 3. рофлумиласт 4. длительный прием низких доз макролидов

		Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г _ _ _ _
	6.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между группой лекарственных препаратов и возможностью их применения при идиопатическом легочном фиброзе: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. рекомендовано Б. возможно В. не рекомендовано 1. глюкокортикостероиды 2. антирефлюксная терапия 3. пирфенидон Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В _ _ _
	7.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между механизмом действия и лекарственным препаратом К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. нинтеданиб Б. пирфенидон В. метилпреднизолон Г. азатиоприн 1. ингибитор тирозинкиназы, обладающей антиангиогенной активностью 2. иммуносупрессант с антифиброзирующими и противовоспалительными свойствами 3. цитостатик 4. системный глюкокортикостероид

		Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г _ _ _ _
	8.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между клинико-фармакологическими классами и примерами лекарственных препаратов применяемых при саркоидозе: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. системные гюлкокортикостероиды Б. цитостатик В. ингибиторы фактора некроза опухоли альфа Г. НПВС 1. преднизолон, метилпреднизолон 2. инфликсимаб 3. азатиоприн 4. нимесулид Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г _ _ _ _
	9.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между лекарственным препаратом применяемым при саркоидозе и основными нежелательными побочными реакциями: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. преднизолон Б. гидроксихлорохин В. метотрексат 1. сахарный диабет, остеопороз 2. нарушение зрения, лекарственный гепатит

		3. лекарственный гепатит, цитопении, фиброз легких Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В
	10.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между противовирусным препаратом и его дозировкой: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. озельтамивир Б. занамивир В. ингавирин Г. лопинавир/ритонавир 1. 400 мг/100 мг 2 раза в день per os 2. 75 мг 2 раза в день per os 3. 10 мг 2 раза в сутки в виде орального спрея 4. 90 мг 2 раза в сутки per os Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г
	11.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между лекарственным препаратом моноклональных антител и целью, которую он связывает: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. меполизумаб Б. омализумаб В. адалимумаб Г. дупилумаб

		1. ИЛ-5 2. IgE 3. ФНО-альфа 4. ИЛ-4 Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г
	12.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между ступенью терапии по GINA и объемом базисной терапии: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. ступень 1 Б. ступень 2 В. ступень 3 Г. ступень 4 Д. ступень 5 1. ежедневно низкие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС/формотерол по потребности 2. средние дозы ИГКС/ДДБА 3. низкие дозы ИГКС 4. высокие дозы ИГКС/ДДБА 5 низкие дозы ИГКС/ДДБА Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г Д
	13.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между длительностью действия препарата и названием лекарственного препарата: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

		А. короткого действия (4–7 часов) Б. длительного действия (более 12 часов) В. ультрадлительного действия (24 часа) 1. сальбутамол 2. формотерол 3. вилантерол Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В _ _ _
	14.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между клинико-фармакологической группой и названием действующего вещества: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. топические назальные кромоны Б. топические глюкокортикостероиды В. антигистаминные препараты 2-го поколения Г. антигистаминные препараты 2-го поколения 1. хлорпирамин 2. левоцетиризин 3. мометазона фуроат 4. кромогексал Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г _ _ _ _
	15.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между названием муколитика и механизмом его действия:

		К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. дорназа альфа (ДНКаза) Б. N-ацетилцистеин В. Гипертонический раствор натрия хлорида 1. расщепление ДНК из экстрацеллюлярных нейтрофильных ловушек 2. разрывает дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, обладает антиоксидантным действием 3. осмотический механизм действия Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В
	16.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между препаратом применяющегося у пациентов с муковисцидозом и его клинико-фармакологической группой: К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. цефалоспорины 3 поколения Б. цефалоспорины 4 поколения В. карбопенемы Г. фторхинолоны Д. аминогликозиды 1. цефоперазон 2. амикацин 3. меропенем 4. левофлоксацин 5. цефепим Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами: А Б В Г Д

	17.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между активность в отношении MRSA и названием лекарственного препарата. К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. амоксициллин/клавуланат Б. ванкомицин В. цефтаролина фосамил Г. кларитромицин 1. гликопептид, активен в отношнеии MRSA 2. защищенный аминопенициллин, неактивен в отношении MRSA 3. макролид, неактивен в отношении MRSA 4. цефалоспорин V поколения, активен в отношнеии MRSA Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:					
		А	Б	В	Г		
	18.	Прочитайте текст и установите соответствие. Установите соответствие между заболеванием и препаратом, который применяется для его лечения. К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой: А. аллергический бронхолегочный аспергиллез Б. инвазивный аспергиллез легких В. хронический аспергиллез 1. вориконазол, итраконазол, СГКС 2. вориконазол, каспофунгин, амфотерицин в, микафунгин 3. вориконазол, итраконазол, позаконазол Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:					

			А	Б	В
---	---	---	

А	Б	В

19. Прочитайте текст и установите соответствие.

Установите соответствие между характером течения кандидоза легких и режимом дозирования противогрибковых препаратов.

К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

А. стабильная клиника
Б. низкая чувствительность к флуконазолу
В. нейтропения, кандидоз легких в сочетании с другими висцеральными формами микоза, кандидасепсис

1. амфотерицин В, микогептин
2. каспофунгин, итраконазол
3. флуконазол

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

А	Б	В

20. Прочитайте текст и установите соответствие.

Перечислите подходы к ведению пациентов с храпом и синдрома обструктивного апноэ сна:

К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

А. общепрофилактические мероприятия
Б. лечебные мероприятия, не требующие врачебного вмешательства
В. хирургическое лечение
Г. лечение постоянным положительным давлением в дыхательных путях

1. снижение массы тела, отказ от курения, отказ от алкоголя, избегать приема транквилизаторов и снотворных препаратов
2. позиционное лечение, улучшение носового дыхания, тренировка мышц языка и глотки
3. CPAP-терапия
4. хирургическая пластика неба, удаление анатомических дефектов на уровне носа и глотки

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td><td>Г</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td>21.</td><td>Прочитайте текст и установите соответствие.

Всем пациентам с саркоидозом …

К каждой позиции обозначенной буквой подберите соответствующую позицию, обозначенную цифрой:

А. рекомендуется
Б. необходимо избегать
В. необходимо ограничивать

1. ограничивать прием молочных продуктов и другой пищи с высоким содержанием кальция
2. инсоляция, физиопроцедуры с электромагнитными полями, грязелечение, прием интерферонов и стимуляторов иммунитета
3. активный уровень жизни, физическая активность

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

Прочитайте текст и установите соответствие.

<table><tr><td>А</td><td>Б</td><td>В</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>задания открытого типа</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.
Пневмония: лечение и профилактика внебольничной пневмонии.</td></tr>
<tr><td></td><td>2.</td><td>Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.
Пневмония: лечение и профилактика госпитальной пневмонии.</td></tr>
<tr><td></td><td>3.</td><td>Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.
Хронический бронхит: профилактика, лечение</td></tr>
<tr><td></td><td>4.</td><td>Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.
Хроническая обструктивная болезнь легких: лечение, профилактика.</td></tr>
<tr><td></td><td>5.</td><td>Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.</td></tr>
</table>

		Бронхиальная астма: базисная терапия
	6.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхиальная астма: препараты контроля, препараты неотложной помощи
	7.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхиальная астма: профилактика, СИТ, эффект элиминации.
	8.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Бронхоэктазы: лечение, профилактика, осложнения
	9.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническое легочное сердце. Определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
	10.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Артериальная гипертензия: лечение.
	11.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: стабильная стенокардия. Лечение.
	12.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ОКС. Тактика ведения пациента на догоспитальном и госпитальном этапах.
	13.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Тромболитическая терапия - показания и противопоказания.
	14.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
	15.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Лечение в стационаре
	16.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС: инфаркт миокарда. Реабилитация.
	17.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. ИБС. Хирургические методы лечения.
	18.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хроническая сердечная недостаточность: лечение, профилактика
	19.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острая ревматическая лихорадка: лечение, первичная и вторичная профилактика.
	20.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Инфекционный эндокардит: лечение и профилактика.
	21.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гастрит: лечение, профилактика в зависимости от типа гастрита.
	22.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: лечение и профилактика.
	23.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Современные схемы эрадикационной терапии Helicobacter pylori.
	24.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ.

		Хронический холецистит: лечение, профилактика.
	25.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический панкреатит: лечение, профилактика.
	26.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гепатит: лечение и профилактика, прогноз.
	27.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Печеночная энцефалопатия: лечение.
	28.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический колит: лечение и профилактика.
	29.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Острый гломерулонефрит: лечение и профилактика.
	30.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Хронический гломерулонефрит: лечение и профилактика.
	31.	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ. Железодефицитная анемия: лечение, профилактика.
		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
		Задания закрытого типа (Прочитайте текст и выберите правильный ответ из предложенных)
	1.	Препарат какой группы следует назначить для купирования и профилактики стенокардии Принцметала? А. Нитраты Б. Антагонисты кальция В. Бета-адреноблокаторы Г. Сердечные гликозиды Д. Ингибиторы АПФ
	2.	Укажите противопоказания к тромболитической терапии: А. геморрагический синдром Б. хронические заболевания внутренних органов В. кардиогенный шок Г. часто повторяющиеся приступы стенокардии покоя в остром периоде инфаркта миокарда
	3.	Какой препарат назначите больному для снятия болевого синдрома при инфаркте миокарда? А. Курантил Б. Морфин В. Изадрин Г. Диклофенак Д. Анальгин+димедрол

	4.	У больного с нижним крупноочаговым инфарктом миокарда развилась синусовая брадикардия менее 30 в минуту. Следует: А. ввести атропин струйно Б. ввести лидокаин внутривенно струйно В. провести дефибрилляцию Г. ввести сердечные гликозиды
	5.	Какая комбинация медикаментов показана при остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком? А. Реополиглюкин и мочегонные препараты Б. Сердечные гликозиды и мочегонные препараты В. Бета-адреноблокаторы и реополиглюкин Г. Препараты с положительным инотропным действием и периферические вазодилататоры Д. Ничего из вышеперечисленного
	6.	Основными лечебными средствами при синдроме Дресслера являются: А. сердечные гликозиды Б. нитраты В. нестероидные противовоспалительные средства Г. антиаритмические препараты Д. бета-блокаторы
	7.	У 28-летнего мужчины в течение полугода отмечается стойкая артериальная гипертензия (АД 180/120 мм рт. ст.). При обследовании выявлена тяжелая ретинопатия, протеинурия 3 г/сут. Какой гипотензивный препарат следует назначить в начале лечения? А. Пропранолол Б. Гипотиазид В. Клофелин Г. Эналаприл Д. Нифедипин
	8.	Какое воздействие следует применить при неэффективности медикаментозного купирования желудочковой тахикардии? А. Чреспищеводную стимуляцию предсердий Б. Вагусные пробы В. Кардиоверсию
	9.	Нифедипин (коринфар) обладает следующими особенностями действия, КРОМЕ: А. снижает АД

		Б. побочным эффектом является тахикардия В. снижает проницаемость мембран для тока кальция Г. способствует прекращению приступа желудочковой пароксизмальной тахикардии
	10.	Больному с артериальной гипертензией в сочетании с бронхиальной астмой противопоказаны: А. верапамил, финоптин Б. метопролол, пропранолол В. каптоприл, эналаприл Г. гипотиазид, индапамид
	11.	Какое положение, касающееся тромболитической терапии инфаркта миокарда, неверно? А. Восстанавливает коронарный кровоток у 75% больных Б. Восстановление коронарного кровотока может сопровождаться нарушением сердечного ритма В. Тромбоэмболические препараты можно вводить внутривенно и внутрикоронарно Г. Имевшийся прежде стеноз коронарной артерии полностью ликвидируется Д. Летальность снижается
	12.	При атипичной пневмонии препаратами 1-го ряда являются: А. макролиды Б. аминогликозиды В. цефалоспорины Г. фторхинолоны II поколения Д. пенициллины
	13.	При пневмонии, вызванной стрептококком пневмонии (пневмококком), антибиотиком 1 -го ряда является: А. гентамицин Б. доксициклин (вибрамицин) В. азитромицин Г. аминопенициллины (ампициллин) Д. цефобид
	14.	Какой метод физиотерапии следует предпочесть при пневмонии А. УВЧ Б. микроволны дециметрового диапазона (ДМВ) В. микроволны сантиметрового диапазона (СМВ) Г. гальванизацию на область поражения Д. эритемные дозы ультрафиолетовых лучей на зону поражения
	15.	К бронхорасширяющим препаратам (из перечисленных) группы бэта-2-агонистов пролонгированного действия относят:

		А. фенотерол Б. тербуталин В. сальбутамол Г. формотерол
	16.	Базисную терапию больного с обструктивной болезнью легких С класса следует начинать с применения: А. ингаляций бэта-2-агонистов Б. пролонгированного холинолитика В. препарата теофиллина пролонгированного действия Г. ингаляций глюкокортикоидов Д. системных глюкокортикоидов
	17.	Поддерживающее лечение ингаляционными глюкокортикоидами больных ХОБЛ проводится: А. при частых обострениях Б. при эозинофилии в мокроте более 3 % В. при эозинофилии в мокроте более 2 % Г. при выраженной одышке Д. при ОФВ ниже 50%
	18.	Для муколиктической терапии при хроническом бронхите в настоящее время не используется: А. ацетилцистеин Б. трипсин В. бромгексин Г. амброксол Д. карбоцистеин
	19.	Хирургическое лечение бронхоэктазов показано при: А. появлении признаков амилоидоза внутренних органов Б. присоединении диффузного бронхита, особенно обструктивного В. наличии конкурирующих заболеваний Г. бронхоэктазах, ограниченных в пределах отдельных сегментов или долей когда известна причина их возникновения Д. появлении дыхательной и сердечной недостаточности
	20.	Препаратами 1-го ряда при купировании приступа бронхиальной астмы являются: А. ингаляционные глюкокортикоиды Б. системные глюкокортикоиды В. симпатомиметики (бета-2-агонисты короткого действия) Г. антихолинэргические

		Д. метилксантины
	21.	Назовите препарат, не являющийся базисным в лечении бронхиальной астмы: А. кромогликат натрия (интал) Б. монтелукаст В. теопек Г. беклометазонадипропионат (бекломет) Д. циклесонид
	22.	Как изменяются показатели ОФВ 1 и МПВ у больных бронхиальной астмой при пробе с бэта-2-агонистом? А. не изменяются Б. увеличиваются на 12% и более В. уменьшаются на 12% и более Г. увеличиваются на 5-10% Д. уменьшаются на 5-10%
	23.	К бронхорасширяющим препаратам относятся все перечисленные, кроме: А. сальбутамола (вентолина) Б. фенотерола (беротека) В. ипратропиума бромида (атровента) Г. недокромила натрия (тайледа) Д. теофиллина
	24.	В качестве базисной терапии бронхиальной астиы используются препараты: А. противовоспалительные Б. бронхорасширяющие В. антибактериальные Г. десенсибилизирующие Д. все перечисленное
	25.	Основной эффект кромгликата натрия (интала): А. стабилизация мембран тучных клеток Б. антигистаминный В. бронхорасширяющий Г. муколитический Д. противоотечный (в отношении слизистой оболочки бронхов)
	26.	Укажите побочное действие ингаляционныхглюкокортикоидов: А. остеопороз Б. гипергликемия

		В. недостаточность коры надпочечников Г. активация очагов хронической инфекции Д. кандидоз полости рта
	27.	При астматическом статусе первой стадии проводится следующее лечение, кроме: А. внутривенного введения глюкокортикоидов Б. ингаляционного введения глюкокортикоидов В. введения эуфиллина Г. введения жидкости Д. коррекции кисло-щелочного равновесия
	28.	Какой метод физиотерапии следует использовать при бронхиальной астме? А. УВЧ на грудную клетку Б. электрофорез инталаинтраназально В. микроволны дециметрового диапазона на грудную клетку Г. ультрафиолетовое облучение грудной клетки эритемными дозами Д. все перечисленное
	29.	К препаратам, контролирующим симптомы динамической бронхиальной обструкции, относятся все перечисленные, кроме: А. бэта-2-агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол) Б. теофиллины пролонгированного действия (теопак, теотард и т.п.) В. антагонисты лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст, пранлукаст) Г. тиотропиум бромид в форме респимат
	30.	Цель терапии бронхиальной астмы: А. уменьшение дозы ингаляционных кортикостероидов Б. достижение сотрудничества между больным и врачом В. снижение потребности в короткихбета-2-агонистах Г. достижение уровня контроля Д. уменьшение обострения
	31.	Препаратами 1-го ряда длякупировании приступа бронхиальной астмы у больных с сердечно-сосудистой патологией используют: А. ингаляционные глюкокортикоиды Б. системные глюкокортикоиды В. симпатомиметики (бэта-2-агонисты короткого действия) Г. антихолинэргические Д. метилксантины