

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ



Проректор по учебной работе
А.А. Цыглин

"09" июня 2021 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Факультетская терапия

Разработчик

Кафедра факультетской терапии

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Наименование ООП

31.05.01 Лечебное дело

Квалификация

ФГОС ВО

Врач-лечебник

утвержден приказом Министерства науки и
высшего образования РФ
от 12.08.2020г. № 988

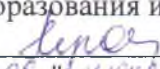
СОГЛАСОВАНО

Председатель УМС специальности
31.05.01 Лечебное дело

 проф. Е.Р. Фаршатова
"09" июня 2021 г.

Одобен протоколом заседания
кафедры факультетской терапии
от 03 июня 2021г., № 13

Начальник отдела качества
образования и мониторинга

 А.А. Хусаенова
"09" июня 2021 г.

Утвержден протоколом заседания
ЦМК терапевтических дисциплин
от 08 июня 2021г. № 9

1. Цель и задачи ФОМ (ФОС)

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

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

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

№ П/П	Код компетенций	Тестовые вопросы
		ПК-5 (ПК-5.1, ПК-5.2, ПК-5.3, ПК-5.4, ПК-5.5, ПК-5.6) ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2, ПК-6.3, ПК-6.4, ПК-6.5, ПК-6.6) ПК-8 (ПК-8.1, ПК-8.2, ПК-8.3, ПК-8.4, ПК-8.5, ПК-8.6) ПК-10 (ПК-10.1, ПК-10.2, ПК-10.3, ПК-10.4, ПК-10.5) ПК-11 (ПК-11.1, ПК-11.2, ПК-11.3, ПК-11.4, ПК-11.5) ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4), ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-5.4, ОПК-5.5) ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-7.4)
1.	ПК-5 ОПК-4	ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) притупление перкуторного звука
		2) бронхиальное дыхание в месте притупления
		3) лихорадка
		4) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		5) ослабление дыхания
2.	ПК-5 ОПК-4	ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ
		1) бронхиальное дыхание
		2) сухие хрипы
		3) крепитация
		4) влажные хрипы
3.	ПК-5 ОПК-4	ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ
		1) гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
		2) картина ателектаза
		3) тяжистый легочный рисунок
		4) очаговые тени
		5) диффузное снижение прозрачности
4.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ
		1) воспалительный процесс в легочной ткани
		2) поражение межреберных нервов
		3) скопление экссудата в плевральной полости
		4) развитие фибринозного воспаления плевры
5.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО ГРУДНАЯ КЛЕТКА НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ. СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ НЕТ, ТУПОЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ЗВОНКИЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ И ОТЧЕТЛИВАЯ КРЕПИТАЦИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) долевая пневмония
		2) эмфизема
		3) пневмоторакс

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

		4) бисептол
12.	ПК-8 ОПК-7	ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ГРЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ
		1) пенициллины
		2) макролиды
		3) цефалоспорины
		4) аминогликозиды
		5) карбапенемы
13.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИИ
		1) лейкопения, ансемия, тромбоцитопения
		2) лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) лейкоцитоз, тромбоцитоз
		4) лейкоцитоз со сдвигом влево
14.	ПК-6 ОПК-5	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ
		1) микоплазмы
		2) пневмококк
		3) гемофильная палочка
		4) синегнойная палочка
15.	ПК-6 ОПК-5	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСИТСЯ
		1) пневмоциста
		2) пневмококк
		3) гемофильная палочка
		4) клебсиелла пневмонии
16.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии
		2) «ржавая» мокрота
		3) скудные физикальные данные
		4) частое развитие эмпиемы плевры
17.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) цефтриаксон
		2) амоксициллин
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
18.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ИНФАРКТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ТЭЛА ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) внезапное появление одышки и боли в груди
		3) выраженные симптомы интоксикации

		4) частое развитие эмпиемы плевры
19.	ПК-6 ОПК-5	ЛЕЙКОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ
		1) хламидиями
		2) пневмококком
		3) золотистым стафилококком
		4) кишечной палочкой
20.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) цефтриаксон
		2) флуконазол
		3) азитромицин
		4) левофлоксацин
21.	ПК-8 ОПК-7	ПРИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) пенициллин
		2) гентамицин
		3) бисептол
		4) ампиокс
22.	ПК-5 ОПК-4	ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ
		1) снижение показателей пробы Тиффно
		2) снижение ОФВ1
		3) снижение ЖЕЛ
		4) снижение ЖЕЛ и ОФВ1
		одновременно добавила этот ответ-сверить эталон!
23.	ПК-6 ОПК-5	В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ОТМЕЧЕНО МАССОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С МАЛОПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ И ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ДВУСТОРОННЕЕ УСИЛЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В ПРИКОРНЕВЫХ ОБЛАСТЯХ. ПОЛИМОРФНЫЕ ОЧАГИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ, ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНА. ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ
		1) золотистый стафилококк
		2) микоплазма
		3) пневмоциста
		4) пневмококк
24.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО
		1) деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
		2) «ржавая» мокрота

		3) скудные физикальные данные
		4) интерстициальный характер пневмонии
25.	ПК-6 ОПК-5	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40 °, ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНИЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ДИАРЕЯ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С ОБЕИХ СТОРОН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ
		1) клебсиелла
		2) палочка Пфейффера
		3) легионелла
		4) золотистый стафилококк
26.	ПК-6 ОПК-5	ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА
		1) при поступлении в стационар
		2) через 2-3 дня и более после госпитализации
		3) после выписки из стационара
27.	ПК-6 ОПК-5	ОСЛОЖНЕНИЮ ПНЕВМОНИИ АБСЦЕССОМ СПОСОБСТВУЕТ
		1) курение
		2) гипертоническая болезнь
		3) дефицит Ig E
		4) иммунодефицитные состояния
28.	ПК-6 ОПК-5	ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОСТРЫЙ АБСЦЕСС И ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО, ПРОНИКАЮТ В ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
		1) по бронхам
		2) по лимфатическим сосудам
		3) по кровеносным сосудам
		4) при ранении легкого
29.	ПК-6 ОПК-5	ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
		1) возбудителей заболевания
		2) более тяжелого течения заболевания с прогрессированием гнойно-некротических процессов в легких над деструктивными
		3) частого присоединения осложнений-кровохарканья и легочного кровотечения, острого пиопневмоторакса, сердечно-сосудистой недостаточности
		4) отсутствия клинических и рентгенологических признаков отграничения воспалительного процесса в легких
30.	ПК-6 ОПК-5	ПОЯВЛЕНИЕ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
		1) смещением органов средостения в больную сторону

		2) усилением дыхательных шумов
		3) высоким стоянием диафрагмы
		4) втягиванием межреберий при вдохе
		5) ослаблением или отсутствием дыхательных шумов на стороне поражения
31.	ПК-10 ОПК-7	ОСНОВНЫМИ И НАИБОЛЕЕ РЕЗУЛЬТАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ
		1) санационная бронхоскопия с местным применением антибактериальных антисептических средств
		2) катетеризация гнойника через трахею или грудную стенку
		3) трансторакальная пункция гнойника с промыванием полости в легком и введением в нее лекарственных средств
		4) все перечисленное
32.	ПК-6 ОПК-5	БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ, С ТЯЖЕЛЫМ КАРИЕСОМ ЗУБОВ. В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ. БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ЛИХОРАДКА. КАШЕЛЬ С ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПОЛОСТЬ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ СПРАВА. НАПОЛНЕННАЯ ЖИДКОСТЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) бронхоэктазы
		2) абсцесс
		3) инфаркт легкого
		4) рак легкого
		5) туберкулез
33.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО, СОЕДИНЕННОГО С БРОНХОМ
		1) притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
		2) то же, но смещение в сторону притупления
		3) притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
		4) притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
		5) инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация
34.	ПК-6 ОПК-5	ПОД ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОНИМАЮТ
		1) состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови, либо последнее достигается перенапряжением аппарата внешнего дыхания, ведущим к снижению его функциональных возможностей
		2) состояние, при котором не обеспечивается доставка необходимого количества кислорода к периферическим тканям
		3) состояние, при котором имеет место значительное снижение объемов дыхания (ЖЕЛ и др)
		4) состояние, при котором снижение функциональной способности легких (обструктивные и/или рестриктивные изменения) ведет к появлению одышки

		5) состояние, сопровождающееся острой или хронической альвеолярной гипоксией
35.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкопения
		2) нейтрофильный лейкоцитоз
		3) лимфоцитоз
		4) эозинофилия
		5) моноцитоз
36.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ МОКРОТОЙ ДЛЯ II ПЕРИОДА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) слизисто-гнойная мокрота
		2) грязно-гнойная, расслаивающаяся при стоянии на 3 слоя
		3) прозрачная, тягучая, стекловидная
		4) "ржавая" или с прожилками крови
		5) слизистая
37.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЙ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО
		1) кристаллы Шарко - Лейдена
		2) лейкоциты
		3) эластические волокна
		4) спирали Куршмана
		5) эритроциты
38.	ПК-6 ОПК-5	ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ОБУСЛОВЛЕНО
		1) воздействием инфекционного фактора-ассоциации гноеродной микрофлоры и неспорообразующих анаэробов
		2) местными условиями, благоприятными для вегетации возбудителей инфекции (при предшествующих хронических неспецифических заболеваниях легких, пороках развития легких и т.д.)
		3) общими факторами, снижающими резистентность макроорганизма к инфекции (иммунодефицит, тяжелый сахарный диабет, злокачественные опухоли, алиментарная дистрофия и т.д.)
		4) совокупностью всех перечисленных факторов
39.	ПК-5 ОПК-4	У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ ПРИ ДЫХАНИИ, ТЕМПЕРАТУРА 38°C, ЧД - 28 В МИНУТУ, ПУЛЬС - 100 В МИНУТУ. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СПРАВА ВНИЗУ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ТАМ ЖЕ ИНТЕНСИВНОЕ ПРИТУПЛЕНИЕ. ДЫХАНИЕ НАД НИЖНИМ ОТДЕЛОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОСЛАБЛЕНО. ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩЕНЫ ВЛЕВО. АНАЛИЗ КРОВИ: ЛЕЙК. - $12 \times 10^9/\text{л}$, П/Я - 13%, ЛИМФ. - 13%, СОЭ - 38 ММ/Ч. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ

		ДИАГНОЗ
		1) инфильтративный туберкулез легких
		2) плевропневмония
		3) экссудативный плеврит
		4) ателектаз
		5) спонтанный пневмоторакс
40.	ПК-6 ОПК-5	ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ
		1) пневмококк
		2) стрептококк
		3) стафилококк
		4) легионелла
		5) вирус
41.	ПК-8 ОПК-7	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ
		1) стойкий выпот
		2) подозрение на эмпиему плевры
		3) подозрение на раковую этиологию
		4) неясные причины выпота
		5) во всех перечисленных случаях
42.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК БРОНХОСПАЗМА
		1) сухие хрипы
		2) влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
		3) амфорическое дыхание
		4) крепитация
43.	ПК-5 ОПК-4	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ
		1) рентгеноскопия легких
		2) томография легких
		3) бронхоскопия
		4) бронхография
		5) спирография
44.	ПК-6 ОПК-5	ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) обратимая бронхиальная обструкция
		2) необратимая бронхиальная обструкция
		3) кашель
		4) кровохарканье
45.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ХОБЛ
		1) вишневый румянец щек
		2) акроцианоз «мраморный», холодный на ощупь
		3) бледность кожных покровов
		4) диффузный цианоз, теплый на ощупь

		5) цвет кожи не изменен
46.	ПК-6 ОПК-5	МАРКЕРЫ ХОБЛ
		1) эозинофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		2) нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		3) эозинофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		4) нейтрофилы и обратимая бронхиальная обструкция
47.	ПК-5 ОПК-4	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
		1) число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (годы)
		2) число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (месяцы)
		3) число выкуриваемых пачек в неделю x стаж курения (недели)
		4) число выкуриваемых сигарет в неделю x стаж курения (дни)
48.	ПК-5 ОПК-4	ПАЦИЕНТА МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЗЛОСТНОГО КУРИЛЬЩИКА, ЕСЛИ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА (ИКЧ)
		1) >220
		2) >300
		3) >80
		4) >120
49.	ПК-5 ОПК-4	ПОКАЗАТЕЛЬ ОФВ ₁ ПРИ ХОБЛ 2 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) $\geq 80\%$
		2) $<80\%$
		3) $< 50\%$
		4) $< 30\%$
50.	ПК-5 ОПК-4	ПОКАЗАТЕЛЬ ОФВ ₁ ПРИ ХОБЛ 3 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) $\geq 80\%$
		2) $<80\%$
		3) $< 50\%$
		4) $< 30\%$
51.	ПК-5 ОПК-4	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПРИРОСТ ОФВ ₁ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ
		1) $\geq 50\%$
		2) $\geq 30\%$
		3) $\geq 25\%$
		4) $\geq 15\%$
52.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) спирография
		2) пульсоксиметрия
		3) исследование газового состава артериальной крови
		4) исследование газового состава венозной крови

53.	ПК-6 ОПК-5	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
		1) инспираторная одышка
		2) экспираторная одышка
		3) крепитация
		4) акроцианоз
54.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮЩИЙСЯ ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ХОБЛ
		1) не изменен
		2) тимпанический
		3) укороченный
		4) коробочный
		5) перкуторная тупость
55.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ
		1) диффузионная способность (по CO_2)
		2) остаточный объем
		3) максимальная вентиляция легких (МВЛ)
		4) проба Тиффно
		5) жизненная емкость легких (ЖЕЛ)
56.	ПК-6 ОПК-5	ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ (ЕЕ) К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА
		1) хронический обструктивный бронхит
		2) силикоз
		3) фиброзирующий альвеолит
		4) ожирение
		5) все вышеперечисленные заболевания
57.	ПК-6 ОПК-5	ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ БРОНХИТУ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ БРОНХОВ
		1) свистящие хрипы на выдохе
		2) сухие хрипы на вдохе
		3) сухие жужжащие хрипы на вдохе и выдохе
		4) звонкие влажные хрипы по передней поверхности грудной клетки
		5) не звонкие влажные хрипы над проекцией базальных отделов
58.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) гидропневмоторакс
		2) фиброз легких
		3) диффузная эмфизема легких
		4) бронхиальная астма
		5) крупозная пневмония

59.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С
		1) серетидом
		2) сальбутамолом
		3) физической нагрузкой
		4) гистамином
60.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ МУКОЛИТИКОМ
		1) ацетилцистеин
		2) йодид калия
		3) бромид натрия
		4) трипсин
		5) мукалтин
61.	ПК-8 ОПК-7	ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ
		1) в осенне-зимний период
		2) длительно
		3) не следует применять вообще
		4) при выделении гнойной мокроты
		5) при появлении кровохарканья
62.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) анализ мокроты
		2) бронхоскопия
		3) томография
		4) бронхография
		5) сцинтиграфия легких
63.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ
		1) одышка разной степени
		2) набухание шейных вен
		3) акроцианоз
		4) тахикардия
		5) пульсация в эпигастрии
64.	ПК-5 ОПК-4	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ВНЕЗАПНО РАЗВИЛАСЬ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ОДЫШКА СМЕШАННОГО ХАРАКТЕРА, СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ В ПРОЕКЦИИ СРЕДНЕГО ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СПРАВА. НА ЭКГ РЕГИСТРИРУЮТСЯ ЗУБЕЦ S В ПЕРВОМ И ЗУБЕЦ Q В ТРЕТЬЕМ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ
		1) острый инфаркт миокарда
		2) спонтанный пневмоторакс

		3) бронхиальная астма
		4) тромбоэмболия легочной артерии
		5) очаговая пневмония
65.	ПК-5 ОПК-4	У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ 3 ДНЯ ТОМУ НАЗАД ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, БОЛИ В ПРАВОМ БОКУ, ЛИХОРАДКА ДО 38,9°С. ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ ПРИ ДЫХАНИИ. ПЕРКУТОРНО ОТ 3-ГО МЕЖРЕБЕРЬЯ СПЕРЕДИ И ОТ СЕРЕДИНЫ МЕЖЛОПАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА СЗАДИ - ТУПОЙ ЗВУК, ДЫХАНИЕ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩЕНА НА 1,5 СМ К НАРУЖИ ОТ СРЕДИННОКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. КАКОЙ ДИАГНОЗ СООТВЕТСТВУЕТ ЭТИМ ДАННЫМ
		1) очаговая пневмония в нижней доле справа
		2) крупозная пневмония справа
		3) обострение хронического бронхита
		4) правосторонний экссудативный плеврит
		5) правосторонний гидроторакс
66.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ 2 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немного легкого»
		4) крепитация
67.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) левожелудочковая недостаточность
		2) анемия
		3) отек легких
		4) правожелудочковая недостаточность
		5) плеврит
68.	ПК-6 ОПК-5	ФАКТОР, НЕ УЧАСТВУЮЩИЙ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) альвеолярный отек
		2) отек слизистой бронхов
		3) бронхоспазм
		4) повышенная секреция слизи
		5) нарушение выделения мокроты
69.	ПК-10 ОПК-7	СРЕДСТВА ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) быстродействующие в-адреномиметики
		2) ингаляционные глюкокортикостероиды
		3) антитела к Ig E
70.	ПК-6 ОПК-5	ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕНА АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА «НЕМОГО ЛЕГКОГО» ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ
		1) накоплением экссудата в плевральной полости

		2) наличием воздуха в плевральной полости
		3) бронхоспазмом
		4) полной обтурацией просвета бронхов вязкой мокротой с развитием ателектазов легочной ткани
71.		УТВЕРЖДЕНИЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ О БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
	ПК-6 ОПК-5	1) БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов
		2) характерным признаком БА является прогрессирующая необратимая бронхиальная обструкция в результате фиброза и перестройки стенки бронхов
		3) причиной развития БА является врожденный дефицит α_1 - антитрипсина, приводящий к обструкции дыхательных путей вязким секретом
		4) среди перечисленных утверждений правильного нет
72.	ПК-6 ОПК-5	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) положительные кожные пробы с аллергенами и связь клинических симптомов с контактом с этими аллергенами
		2) появление приступа удушья при физической нагрузке
		3) появление симптомов бронхиальной астмы при приеме нестероидных противовоспалительных средств
73.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ
		1) пневмоторакс
		2) бронхопневмония
		3) эмфизема легких
		4) плевральный выпот
		5) рак легкого
74.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево
		2) эозинофилия
		3) тромбоцитопения
		4) лимфоцитоз
75.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ 1 СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) препарат неотложной помощи по потребности.
		2) теофиллин замедленного высвобождения
		3) антилейкотриеновые препараты
76.	ПК-6 ОПК-5	ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) генетическая предрасположенность к атопии
		2) пол
		3) ожирение

		4) аллергены
77.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ 1 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
78.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ 2 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
79.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ 3 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ
		1) реже 1 раза в месяц
		2) реже 1 раза в неделю
		3) реже 1 раза в день
		4) ежедневно
80.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) верапамил
		2) атенолол
		3) метилдопа
		4) гипотиазид
81.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО
		1) экспираторная одышка
		2) инспираторная одышка
		3) мелкопузырчатые влажные хрипы
		4) кашель с гнойной мокротой
82.	ПК-11 ОПК-7	ПРЕПАРАТ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) сальбутамол
		2) преднизолон
		3) мукалтин
		4) атровент
83.	ПК-8 ОПК-11	β-АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек

		3) сальметерол
		4) беклометазон
84.	ПК-8 ОПК-7	БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) атенолол
		3) эналаприл
		4) верапамил
85.	ПК-8 ОПК-7	60-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПОЛИПАМИ В НОСУ. В СВЯЗИ С РАЗВИТИЕМ ИБС НАЗНАЧЕНА СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВОПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) амлодипин
		2) аторвастатин
		3) эналаприл
		4) аспирин
86.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) беродуал
		2) пульмикорт
		3) серетид
		4) сальбутамол
87.	ПК-6 ОПК-5	МАРКЕРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
		1) эозинофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		2) эозинофилы и необратимая бронхиальная обструкция
		3) нейтрофилы и обратимая бронхиальная обструкция
		4) нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
88.	ПК-11 ОПК-7	МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДОСТАВЛЕН БОЛЬНОЙ 22 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВОЗБУЖДЕН, ЧСС - 120 УДАРОВ В МИН., ЧД - 32 В МИН. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ЕДИНИЧНЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. РаО ₂ - 50 ММ РТ. СТ. В ТЕЧЕНИЕ СУТОК ПОЛУЧИЛ БОЛЕЕ 10 ИНГАЛЯЦИЙ БЕРОТЕКА. ВРАЧОМ СКОРОЙ ПОМОЩИ ВНУТРИВЕННО ВВЕДЕНО 10 мл 2.4% РАСТВОРА ЭУФИЛЛИНА. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) эуфиллин парентерально
		2) внутривенная регидратация
		3) кортикостероиды
		4) увеличение дозы симпатомиметиков (сальбутамол, беротек,

		астмопент)
		5) ингаляции кислорода
89.	ПК-6 ОПК-5	ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ
		1) повышение воздушности легких
		2) наличие жидкости в полости плевры
		3) нарушение бронхиальной проходимости
		4) уплотнение легочной ткани
		5) наличие полости в легочной ткани
90.	ПК-8 ОПК-7	БОЛЬНОЙ 49 ЛЕТ В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАЗНАЧЕН ПРЕДНИЗОЛОН ВНУТРЬ 20 МГ В СУТКИ. ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ ПРИЗНАКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСЧЕЗЛИ, НО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ИЗЖОГА, "КИСЛАЯ ОТРЫЖКА". ПРОВЕДИТЕ КОРРЕКЦИЮ ЛЕЧЕНИЯ
		1) срочно отменить преднизолон
		2) вдвое уменьшить суточную дозу преднизолона
		3) назначить препарат в той же дозе, но с интервалом в несколько дней
		4) назначить М-холинолитики, антациды, заменить преднизолон бекотидом
		5) назначить преднизолон парентерально
91.	ПК-8 ОПК-7	К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ
		1) эуфиллин
		2) салметерол
		3) бекотид
		4) серетид
92.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ 1 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО
		1) сухие свистящие хрипы
		2) влажные мелкопузырчатые хрипы
		3) участки «немного легкого»
		4) крепитация
93.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО В2-АДРЕНОМИМЕТИКА И ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА
		1) беродуал (ипратропия бромид/сальбутамол)
		2) пульмикорт (будесонид)
		3) серетид (флутиказон/салметерол)
94.	ПК-8 ОПК-7	62-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТАЛ ОТМЕЧАТЬ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ СТЕНОКАРДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА И ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ

		СЕРДЦА. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН В ДАННОЙ СИТУАЦИИ
		1) коринфар
		2) атенолол
		3) нитросорбид
		4) верапамил
		5) изоптин
95.	ПК-8 ОПК-7	У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) метопролол
		2) амлодипин
		3) клофелин
		4) эналаприл
96.	ПК-11 ОПК-7	ПРЕПАРАТ, ПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
		1) атропин
		2) сальбутамол
		3) интал
		4) преднизолон
		5) мукалтин
97.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) угнетение вагусных влияний
		2) блокада медиаторов аллергических реакций
		3) угнетение фосфодиэстеразы
		4) активация адренорецепторов
		5) угнетение дыхательного центра
98.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭУФИЛЛИНА
		1) дилатация бронхов
		2) снижение секреции
		3) противоаллергическое действие
		4) адреномиметическое действие
		5) антигистаминное действие
99.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)
		1) снижение тонуса вагуса
		2) стимуляция β_2 -рецепторов
		3) блокада α -рецепторов
		4) блокада гистаминорецепторов
		5) непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов
100.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕР МОКРОТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
		1) стекловидная, вязкая

		2) гнойная
		3) с прожилками крови
		4) слизисто-гнойная
101.	ПК-8 ОПК-7	β- АГОНИСТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ
		1) сальбутамол
		2) беротек
		3) сальметерол
102.	ПК-8 ОПК-7	АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАННЫЙ БОЛЬНОМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) нитросорбид
		2) пропранолол
		3) метопролол
		4) амлодипин
		5) моночинкве
103.	ПК-5 ОПК-4	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ, УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ
		1) реверсия негативного зубца Т
		2) удлинение интервала PQ
		3) депрессия сегмента ST более 2 мм
		4) появление предсердной экстрасистолы
		5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
104.	ПК-5 ОПК-4	ПРИЗНАК, НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
		2) при коронарографии в 10% случаев выявляются малоизмененные или непораженные коронарные артерии
		3) приступы возникают чаще ночью
		4) наиболее эффективны антагонисты кальция
		5) физическая нагрузка плохо переносится
105.	ПК-5 ОПК-4	БОЛЬНОЙ 45-ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ
		1) фибриноген
		2) аминокaproновую кислоту
		3) протаминсульфат
		4) викасол
106.	ПК-6 ОПК-5	ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ РАЗВИТИЕМ
		1) инфаркта миокарда
		2) пароксизма тахикардии

		3) фибрилляции желудочков
		4) асистолии
		5) разрыва стенки желудочка
107.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ 1-ГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА
		1) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
		2) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа
		3) отсутствие изменений ЭКГ в покое
		4) иррадиация болей в левое плечо
		5) давящий характер болей
108.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 2 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа
		4) возникновение приступов стенокардии в ночное время
109.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 3 ХАРАКТЕРНО
		1) выраженное ограничение физической активности, возникновение приступа при подъеме на 1 этаж
		2) возникновение приступов в покое
		3) незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа.
		4) ходьбе на расстояние более 200 м
		5) возникновение приступов стенокардии в ночное время
110.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) курантил
		2) верапамил
		3) метопролол
		4) каптоприл
111.	ПК-6 ОПК-5	ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ДАВНОСТЬЮ
		1) 1 день
		2) 1 неделя
		3) 1 месяц
		4) 1 год
112.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИНЫ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
		1) ФГС
		2) ЭКГ
		3) рентгенографии грудной клетки

		4) коронароангиографии
113.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ
		1) уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
		2) снятие спазма коронарных артерий и коррекция липидного обмена
		3) расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
		4) воздействие на обмен ишемизированных миоцитов
114.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ
		1) уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
		2) снятие спазма коронарных артерий и коррекция липидного обмена
		3) расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
		4) воздействие на обмен ишемизированных миоцитов
115.	ПК-8 ОПК-7	С АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЦЕЛЮ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИМЕНЯЮТ
		1) гепарин
		2) варфарин
		3) стрептокиназу
		4) клопидогрель
116.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ. ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) инфаркт миокарда
		2) ТЭЛА
		3) стенокардия Принцметала
		4) стенокардия напряжения ФК 4
117.	ПК-5 ОПК-4	ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) велоэргометрия
		2) рентгенография ОГК
		3) эхокардиография
		4) исследование крови на миоглобин
118.	ПК-6 ОПК-5	ПОРОК СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОМ ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ
		1) митральный стеноз
		2) митральная недостаточность
		3) аортальный стеноз
		4) аортальная недостаточность
119.	ПК-5 ОПК-4	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мягкая артериальная гипертензия

		2) тромбоз вен нижних конечностей
		3) нетипичный болевой синдром в грудной клетке
		4) гиперлипидемия
120.	ПК-6 ОПК-5	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ИБС И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИМЕЕТ
		1) возраст и пол больного
		2) гиперлипидемия
		3) эхокардиография
		4) коронарография
121.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЗНАКОМ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) изменение длительности и интенсивности болевых приступов
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) снижение АД
		4) повышение АД
122.	ПК-5 ОПК-4	НАЗОВИТЕ КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
		1) усталость
		2) одышка
		3) депрессия сегмента ST на 2 мм
		4) подъем АД
123.	ПК-11 ОПК-7	УКАЖИТЕ МЕРЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) электрическая дефибриляция
		2) непрямой массаж сердца
		3) оперативное лечение
		4) консервативное лечение сердечными гликозидами и диуретиками
		5) любое лечение абсолютно бесперспективно
124.	ПК-5 ОПК-4	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) КФК-МВ
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) γ -глутаматтранспептидаза
125.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) определение СОЭ и лейкоцитов
		2) определение ЛДГ в крови
		3) определение суммарной КФК в крови
		4) определение уровня трансаминаз в крови
		5) определение уровня МВ-фракции КФК в крови

126.	ПК-5 ОПК-4	АУСКУЛЬТАТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА МОГУТ БЫТЬ
		1) тоны сердца звучные, ритмичные
		2) первый тон усилен, диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии
		4) ослабление обоих тонов на верхушке
		5) систолический шум над аортой
127.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА
		1) повышение температуры тела до 39°C
		2) перикардит
		3) жгучие боли за грудиной
		4) увеличения количества эозинофилов
		5) артрит
128.	ПК-11 ОПК-7	НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КАЧЕСТВЕ АНТИАГРЕГАНТА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ДОЛЖЕН БЫТЬ НАЗНАЧЕН
		1) дипиридамол
		2) ацетилсалициловая кислота
		3) варфарин
		4) гидрохлортиазид
		5) тиклопидин
129.	ПК-5 ОПК-4	НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
		2) значительный лейкоцитоз, лимфоцитоз
		3) эозинофилия
		4) анемия, ускорение СОЭ, лейкопения
		5) лейкоцитоз в первые 3 дня, ускорение СОЭ в последующие 5-7 дней
130.	ПК-5 ОПК-4	ЭКГ ПРИЗНАКОМ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) глубокий отрицательный коронарный зубец Т
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) наличие комплекса QS
		4) смещение сегмента ST ниже изолинии
		5) снижение амплитуды зубца R
131.	ПК-11 ОПК-7	БОЛЬНОЙ 47 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ: ОСТРЫЙ НИЖНИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА. В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАБЛЮДЕНИЯ ВНЕЗАПНО ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ. ПУЛЬС И ДАВЛЕНИЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ. НА ЭКГ: СИНУСОВЫЙ РИТМ С ПЕРЕХОДОМ В АСИСТОЛИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ. ЛЕЧЕНИЕ
		1) дефибрилляция
		2) непрямой массаж сердца

		3) внутрисердечное введение симпатомиметиков
		4) индерал внутривенно
		5) ганглиоблокаторы
132.	ПК-5 ОПК-4	ВЫДЕЛИТЕ ГЛАВНЫЙ ЭКГ - ПРИЗНАК ИНФАРКТА МИОКАРДА (НЕКРОЗ)
		1) гипертрофия левого желудочка
		2) появление глубокого и широкого зубца Q
		3) нарушение а-в проводимости
		4) снижение вольтажа основных зубцов ЭКГ
		5) блокада левой ножки пучка Гиса
133.	ПК-5 ОПК-4	У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТом МИОКАРДА (1-Е СУТКИ) РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ. СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, ПАДЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. НА ЭКГ: ЗУБЕЦ Р НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, QRS УШИРЕН (0.12 СЕК) И ДЕФОРМИРОВАН, ЧИСЛО ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ 150 В МИНУТУ. ВАШ ДИАГНОЗ
		1) пароксизм мерцания предсердий
		2) желудочковая пароксизмальная тахикардия
		3) трепетание предсердий
		4) синусовая тахикардия
		5) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
134.	ПК-8 ОПК-7	УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШИМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ
		1) спазмолитики
		2) блокаторы кальциевых каналов
		3) средства нейролептанальгезии
		4) нитраты короткого и пролонгированного действия
		5) сердечные гликозиды
135.	ПК-11 ОПК-7	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА. ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЮТ ВВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) эуфиллин
		2) лазикс
		3) лидокаин
		4) обзидан
		5) гепарин
136.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение АД менее 80/50 мм рт.ст.
		2) тахикардия
		3) акроцианоз
		4) снижение общего периферического сосудистого сопротивления
		5) полиурия

137.	ПК-6 ОПК-5	НА 3-Й НЕДЕЛЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ
		1) распространение зоны поражения миокарда
		2) идиопатический перикардит
		3) постинфарктный синдром Дресслера
		4) разрыв миокарда
		5) разрыв сердечных хорд
138.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 ММ РТ.СТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ВОЗНИКШЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) кардиогенный шок
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) отек легких
		4) разрыв межжелудочковой перегородки
		5) ничего из перечисленного
139.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
		1) миоглобина
		2) щелочной фосфатазы
		3) С-реактивного протеина
		4) трансаминаз
		5) тропонина
140.	ПК-11 ОПК-7	ПАЦИЕНТУ, ПОСТУПИВШЕМУ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА С БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ. СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В V2-V5, ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ В СОСТАВЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
		1) ацетилсалициловая кислота внутрь
		2) непрямые антикоагулянты
		3) антиаритмические препараты
		4) тромболитические препараты
		5) блокаторы АДФ-рецепторов тромбоцитов
141.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) мерцательная аритмия
		2) ранние желудочковые экстрасистолы "R на T"
		3) групповые желудочковые экстрасистолы
		4) полиморфные желудочковые экстрасистолы
		5) наджелудочковые экстрасистолы

142.	ПК-6 ОПК-5	ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА МОЖЕТ БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ
		1) креатинфосфокиназы
		2) лактатдегидрогеназы
		3) аспаратаминотрансферазы
		4) альдолазы
143.	ПК-11 ОПК-7	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ
		1) тромболитики
		2) нитраты в/в
		3) сердечные гликозиды
		4) кордарон
144.	ПК-8 ОПК-7	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
145.	ПК-8 ОПК-7	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
146.	ПК-8 ОПК-7	АНТИАГРЕГАНТНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ЛЕЧЕНИИ ИБС ЯВЛЯЕТСЯ
		1) клопидогрель
		2) аторвастатин
		3) метопролол
		4) эналаприл
147.	ПК-6 ОПК-5	НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ И ЕГО ДОСТАВКОЙ ПО КОРОНАРНОМУ РУСЛУ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ
		1) стабильной стенокардии напряжения
		2) прогрессирующей стенокардии напряжения
		3) впервые возникшей стенокардии
		4) любых вариантах стенокардии
148.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ОТНОСИТСЯ К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС
		1) повышение уровня липопротеидов низкой плотности
		2) сахарный диабет
		3) артериальная гипертония
		4) наследственная отягощенность

149.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ
		1) возникновение болей за грудиной при физической нагрузке
		2) иррадиация боли в правое подреберье
		3) длительность болей 40 мин и более
		4) боли купируются валидолом
150.	ПК-5 ОПК-4	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ИБС
		1) ЭКГ
		2) коронарография
		3) эхокардиография
		4) вентрикулография
151.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) тампонада сердца
		3) тромбоэмболия легочной артерии
		4) аневризма левого желудочка
152.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ
		1) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVL
		2) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
		3) 1-е стандартное отведение, V5-V6
		4) V1-V3
153.	ПК-5 ОПК-4	ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) негативный зубец Т
		2) наличие комплекса QS
		3) смещение сегмента ST ниже изолинии
		4) широкий комплекс QRS
154.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) резорбционно-некротический синдром
155.	ПК-11 ОПК-7	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОВЫШЕННЫМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина

		3) дофамина
		4) дигоксина
156.	ПК-11 ОПК-7	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И НИЗКИМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
157.	ПК-11 ОПК-7	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
158.	ПК-11 ОПК-7	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) лидокаина
		3) дофамина
		4) дигоксина
159.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
		1) брадикардия
		2) цианоз
		3) олигоанурия
		4) усиленный верхушечный толчок
160.	ПК-11 ОПК-7	ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С ВВЕДЕНИЯ
		1) лазикса
		2) морфина
		3) строфантина
		4) дигоксина
161.	ПК-8 ОПК-7	ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ
		1) глюкокортикоиды
		2) антибиотики
		3) нитраты
		4) антагонисты кальция

162.	ПК-11 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) гепарин
163.	ПК-10 ОПК-7	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) кардиогенный шок
		2) АВ-блокада 2 степени
		3) инсульт
		4) желудочковая экстрасистолия
164.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ОБЛАДАЕТ
		1) холодовая проба
		2) дипиридамовая проба
		3) проба с нагрузкой на велоэргометре
		4) проба с гипервентиляцией
165.	ПК-6 ОПК-5	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) фибрилляция желудочков
		2) желудочковая тахикардия
		3) атриовентрикулярная блокада II степени
		4) синоаурикулярная блокада II степени
166.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНОГО ИБС
		1) амоксициллин
		2) эуфиллин
		3) аспирин
		4) амлодипин
167.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРНО
		1) снижение систолического АД менее 80 мм.рт.ст.
		2) появление систолического шума на верхушке
		3) отсутствие пульса и АД на периферических артериях
		4) усиленный верхушечный толчок
168.	ПК-5 ОПК-4	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
		1) I, AVL, V5-V6
		2) I, AVL, V1-V3
		3) II, III стандартные, AVF
		4) II, III стандартные, AVF, V5-V6

169.	ПК-5 ОПК-4	В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) патологический зубец QS
170.	ПК-5 ОПК-4	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ
		1) подъем сегмента ST
		2) патологический зубец Q
		3) депрессия сегмента ST
		4) отрицательный зубец T
171.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) полная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
172.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) неполная компенсаторная пауза
		2) неизмененный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
173.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 1 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
174.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) выпадение отдельных сердечных циклов
		2) выпадение отдельных желудочковых комплексов
		3) выпадение отдельных предсердных комплексов
		4) удлинение интервала PQ
175.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ АВ-БЛОКАДЕ 2 СТЕПЕНИ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
176.	ПК-8	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

	ОПК-7	ДВУХСТОРОННЕМ СТЕНОЗЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ
		1) эналаприл
		2) атенолол
		3) амлодипин
		4) гипотиазид
177.	ПК-8 ОПК-7	ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
		1) эналаприла
		2) кордарона
		3) метопролола
		4) верапамила
178.	ПК-8 ОПК-7	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ПРЕПАРАТУ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
		1) нитратами
		2) селективными бета-блокаторами
		3) антагонистами кальция
		4) ингибиторами АПФ
179.	ПК-8 ОПК-7	ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
		1) статинов
		2) ингибиторов АПФ
		3) антагонистов кальция
		4) бета-блокаторов
180.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АСПИРИНА
		1) подавление синтеза ЛПНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) угнетает действие циклооксигеназ
		4) угнетает синтез витамина К в печени
181.	ПК-8 ОПК-7	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ
		1) бронхообструктивный синдром
		2) беременность
		3) гипокалиемия
		4) АВ-блокада 2 степени
182.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
		1) гепарин
		2) дигоксин
		3) аспирин
		4) эналаприл
183.	ПК-8 ОПК-7	МЕТОПРОЛОЛ НЕЛЬЗЯ КОМБИНИРОВАТЬ С
		1) эналаприлом
		2) аспирином

		3) верапамилом
		4) амлодипином
184.	ПК-8 ОПК-7	В ОТЛИЧИЕ ОТ ИНГИБИТОРОВ АПФ БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА 2
		1) реже вызывают кашель
		2) не вызывают гипотензии
		3) уменьшают ЧСС
		4) увеличивают ЧСС
185.	ПК-8 ОПК-7	К БЛОКАТОРАМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА ОТНОСИТСЯ 2
		1) эналаприл
		2) аспирин
		3) валсартан
		4) варфарин
186.	ПК-8 ОПК-7	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
187.	ПК-8 ОПК-7	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) синоатриальная блокада
		2) фибрилляция предсердий
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) наджелудочковая экстрасистолия
188.	ПК-8 ОПК-7	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ВАРФАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тромбоцитопения
		2) хроническая сердечная недостаточность
		3) желудочковая экстрасистолия
		4) гиперкалиемия
189.	ПК-5 ОПК-4	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) $\leq 6,5$ ммоль\л
		2) $\leq 5,6$ ммоль\л
		3) $\leq 5,0$ ммоль\л
		4) $\leq 3,0$ ммоль\л
190.	ПК-5 ОПК-4	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ХС ЛПНП В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) $\leq 6,5$ ммоль\л
		2) $\leq 5,6$ ммоль\л
		3) $\leq 5,0$ ммоль\л
		4) $\leq 3,0$ ммоль\л

191.	ПК-5 ОПК-4	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) ≤ 1.0 ммоль/л
		2) ≤ 1.7 ммоль/л
		3) ≤ 2.0 ммоль/л
		4) ≤ 3.0 ммоль/л
192.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ
		1) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
193.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭЗЕТИМИБА
		1) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
194.	ПК-8 ОПК-7	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ
		1) статины
		2) фибраты
		3) секвестранты желчных кислот
		4) препараты никотиновой кислоты
195.	ПК-6 ОПК-5	К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) сахарный диабет
		3) курение
		4) мужской пол
196.	ПК-6 ОПК-5	К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ
		1) употребление алкоголя
		2) наследственность
		3) курение
		4) мужской пол
197.	ПК-5 ОПК-4	КОЭФФИЦИЕНТ АТЕРОГЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) не более 1-1,5
		2) не более 2-2,5
		3) не более 3-3,5
		4) не более 4-4,5
198.	ПК-8 ОПК-7	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ

		1) подавление синтеза холестерина в гепатоците
		2) подавление абсорбции холестерина в кишечнике
		3) подавление синтеза апопротеина В-100
		4) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника
199.	ПК-5 ОПК-4	ИЗМЕНЕНИЯ НА ЭКГ УБЕДИТЕЛЬНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЭМ-ПРОБЫ
		1) реверсия негативного зубца Т
		2) удлинение интервала PQ
		3) депрессия сегмента ST более 2 мм
		4) появление предсердной экстрасистолы
		5) преходящая блокада правой ножки пучка Гиса
200.	ПК-5 ОПК-4	57-ЛЕТНИЙ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ, ЧТО В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ ПОД УТРО ВОЗНИКАЮТ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ СЖИМАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ОТДАЮЩИЕ ПОД ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ ПОЛУЧАСА ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ V ₂ -V ₅ 8 мм. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ST НА ИЗОЛИНИИ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНОГО
		1) стабильная стенокардия 4-го функционального класса
		2) инфаркт миокарда
		3) ишемическая дистрофия миокарда
		4) вариантная стенокардия
		5) прогрессирующая стенокардия
201.	ПК-6 ОПК-5	ВАРИАНТЫ СТЕНОКАРДИИ. ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
		1) стенокардия Принцметала
		2) впервые возникшая стенокардия напряжения
		3) прогрессирующая стенокардия
		4) частая стенокардия напряжения и покоя
		5) все вышеперечисленное
202.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
		1) с зондирования желудка
		2) с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта
		3) с ЭКГ
		4) с гастродуоденоскопии
		5) с исследования мочи на уробилин
203.	ПК-5 ОПК-4	БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ, ЖАЛОБЫ НА ДЛИТЕЛЬНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ В ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, НЕЧЕТКО СВЯЗАННЫЕ С ВОЛНЕНИЯМИ, ОЩУЩЕНИЯ "ПРОКОЛОВ" В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПРИ ОСМОТРЕ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, ЭКГ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. С КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ

		ПАЦИЕНТА
		1) с исследования крови на сахар и холестерин
		2) с исследования крови на липопротеиды
		3) с эхокардиографии
		4) с велоэргометрии
		5) с фонокардиографии
204.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОЙ 52 ЛЕТ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ ПРИ БЫСТРОЙ ХОДЬБЕ И ПОДЪЕМЕ НА ТРЕТИЙ ЭТАЖ. ПРОХОДЯЩИЕ В ТЕЧЕНИЕ 5 МИН. В ПОКОЕ ИЛИ ПОСЛЕ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 НЕДЕЛЬ ПРИСТУПЫ УЧАСТИЛИСЬ, СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ХОДЬБЕ В ОБЫЧНОМ ТЕМПЕ. ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ В МОМЕНТ ПРИСТУПА ЗАФИКСИРОВАНЫ СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ И ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 2 ММ В ОТВЕДЕНИЯХ V4-V6. НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ НА ЭКГ В ПОКОЕ В ЭТИХ ЖЕ ОТВЕДЕНИЯХ СОХРАНЯЕТСЯ СТОЙКАЯ ДЕПРЕССИЯ ST, ДОСТИГАЮЩАЯ 1 ММ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) стабильная стенокардия 2-го ФК
		2) инфаркт миокарда
		3) стабильная стенокардия 4-го ФК
		4) стенокардия Принцметала
		5) прогрессирующая стенокардия
205.	ПК-6 ОПК-5	ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА
		1) на ЭКГ регистрируется депрессия сегмента ST
		2) приступ вариантной стенокардии чаще всего провоцируется физической нагрузкой
		3) вариантная стенокардия возникает в результате спазма коронарных артерий
		4) для предупреждения приступов целесообразно использовать б-адреноблокаторы
		5) вариантная стенокардия относится к стабильным формам ИБС
206.	ПК-6 ОПК-5	БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ, НОЧЬЮ СТАЛИ ВОЗНИКАТЬ ПРИСТУПЫ ЗАГРУДИННЫХ БОЛЕЙ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ НА ЭКГ РЕГИСТРИРОВАЛСЯ ПРЕХОДЯЩИЙ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) стенокардия Принцметала
		2) повторный инфаркт миокарда
		3) развитие постинфарктной аневризмы
		4) приступы не имеют отношения к основному заболеванию
		5) тромбоэмболия ветвей легочной артерии
207.	ПК-6 ОПК-5	РИСК РАЗВИТИЯ ИБС УМЕНЬШАЕТ
		1) повышение уровня липопротеидов высокой плотности
		2) сахарный диабет

		3) артериальная гипертония
		4) наследственная отягощенность
		5) курение
208.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T
		3) подъем ST во время приступа
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
209.	ПК-6 ОПК-5	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, СТЕНОКАРДИИ СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА
		1) описан типичный ангинозный приступ, выявлены атеросклеротические изменения (бляшки) артерий при коронарографии
		2) имеются симптомы недостаточности кровообращения
		3) выявлены нарушения ритма
		4) имеются факторы риска ИБС
		5) выявлена кардиомегалия
210.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ
		1) иррадиация болей в нижнюю челюсть
		2) возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
		3) длительность болей 40 мин и более
		4) выявление стеноза коронарной артерии
		5) боли сопровождаются чувство нехватки воздуха
211.	ПК-5 ОПК-4	ЭКГ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ
		1) высокий остроконечный зубец T
		2) депрессия сегмента ST
		3) инверсия зубца T
		4) тахикардия
		5) наличие зубца Q
212.	ПК-5 ОПК-4	КРИТЕРИЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ
		1) горизонтальная депрессия интервала ST более 1 мм
		2) то же менее 0,5 мм
		3) косонисходящая депрессия интервала ST менее 1 мм
		4) увеличение зубца Q в V5-V6
		5) синусовая тахикардия
213.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦМЕТАЛА) ВЕРНО
		1) депрессия ST на ЭКГ
		2) приступы болей чаще при нагрузке
		3) обычно развивается инфаркт миокарда

		4) причиной болей является коронарospазм
214.	ПК-5 ОПК-4	МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ
		1) ЭКГ
		2) велоэргометрия (ВЭМ)
		3) фонокардиография
		4) эхокардиография
		5) тетраполярная реография
215.	ПК-6 ОПК-5	СИМПТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ
		1) нарушение ритма
		2) левожелудочковая недостаточность
		3) правожелудочковая недостаточность
		4) аневризма левого желудочка
		5) все вышеперечисленное
216.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ
		1) 1-е, 2-е стандартные отведения, AVL
		2) 3-е, 2-е стандартные отведения, AVF
		3) 1-е стандартное отведение, V5-V6
		4) AVL, V1-V4
		5) только AVL
217.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВЫЕ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) АСТ
		2) тропонин
		3) ЛДГ
		4) щелочная фосфатаза
		5) g-глутаматтранспептидаза
218.	ПК-11 ОПК-7	МУЖЧИНА 50 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БИТ С ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ И ЭКГ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ОСЛОЖНИЛОСЬ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА 40 В МИНУТУ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ПРИМЕНЕНИЕ
		1) адреномиметиков
		2) атропина
		3) лазикса
		4) эуфиллина
		5) установление эндокардиального электрода и проведение временной кардиостимуляции

219.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) негативный зубец Т
		2) нарушение ритма и проводимости
		3) наличие комплекса QS
		4) смещение сегмента ST ниже изолинии
		5) снижение амплитуды зубца R
220.	ПК-10 ОПК-7	БОЛЬНОЙ, 64 ГОДА. ЗАДНЕ-ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ. ДАВНОСТЬ – 12 ЧАСОВ. ОДЫШКА УМЕРЕННАЯ. СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. ПУЛЬС - 64 В МИНУТУ, РИТМИЧНЫЙ. АД - 140/80 ММ РТ. СТ. С ЧЕГО СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ
		1) алтеплаза
		2) нитросорбид
		3) строфантин внутривенно
		4) гепарин
		5) нитроглицерин внутривенно
221.	ПК-6 ОПК-5	СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ЭТО
		1) разрыв межжелудочковой перегородки
		2) разрыв межпредсердной перегородки
		3) отрыв сосочковой мышцы
		4) аутоиммунная реакция
		5) рецидивирующий инфаркт миокарда
222.	ПК-6 ОПК-5	НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
		1) разрыв сердца
		2) кардиогенный шок
		3) синдром Дресслера
		4) нарушение ритма сердца
		5) нарушение проводимости
223.	ПК-6 ОПК-5	223. ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНО
		1) повышение температуры тела
		2) перикардит
		3) плеврит
		4) пневмония
		5) все вышеперечисленное
224.	ПК-8 ОПК-7	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЕЗАГРЕГАНТ
		1) нитросорбид
		2) аспирин
		3) варфарин
		4) гепарин
		5) нифедипин

225.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
		1) парадоксальный пульс
		2) увеличение пульсового давления
		3) глухие тоны сердца
		4) усиленный верхушечный толчок
		5) расширение сердца
226.	ПК-11 ОПК-7	БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕН В БИТ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ПОЯВИЛАСЬ ОДЫШКА, ТАХИПНОЭ, СНИЖЕНИЕ АД ДО 100/70 ММ РТ. СТ., ТАХИКАРДИЯ ДО 120 В МИНУТУ. В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ ПОЯВИЛИСЬ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ. В 3-4 МЕЖРЕБЕРЬЕ ПО ЛЕВОМУ КРАЮ ГРУДИНЫ СТАЛ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ИНТЕНСИВНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С РИТМОМ ГАЛОПА. НАСЫЩЕНИЕ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В ПРАВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ УВЕЛИЧЕНО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) разрыв наружной стенки желудочка
		2) эмболия легочной артерии
		3) разрыв межжелудочковой перегородки
		4) тромбоэндокардит
		5) эпистенокардический перикардит
227.	ПК-5 ОПК-4	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА
		1) щелочная фосфатаза и γ -глутамилтранспептидаза крови
		2) миоглобин и КФК-МВ
		3) эозинофилы
		4) креатинин и мочевины
		5) холестерин, триглицериды, ЛПНП
228.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ
		1) определение СОЭ и лейкоцитов
		2) определение ЛДГ в крови
		3) определение суммарной КФК в крови
		4) определение уровня трансаминаз в крови
		5) определение уровня тропонинов в крови
229.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, С ВВЕДЕНИЯ КАКОГО ПРЕПАРАТА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ
		1) эуфиллин
		2) нитроглицерин в/в
		3) лидокаин
		4) метопролол
		5) гепарин
230.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО

		1) повышение АД более 140/90 мм рт.ст.
		2) дыхание Чейн-Стокса
		3) диффузный теплый цианоз
		4) снижение АД менее 90/50 мм рт. ст.
		5) полиурия
231.	ПК-6 ОПК-5	У 45-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ БОЛЬШОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ РАЗВИЛИСЬ РЕЗКИЕ ДАВЯЩИЕ ЗАГРУДИННЫЕ БОЛИ, ОТДАЮЩИЕ В ЛЕВУЮ ЛОПАТКУ. БОЛИ БЫЛИ КУПИРОВАНЫ СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ МОРФИНА НА ЭКГ: ПОДЪЕМ ST В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-V6, СНИЖЕНИЕ ST В ОТВЕДЕНИЯХ III, V1-V2. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) тромбоэмболия легочной артерии
		2) задне-диафрагмальный инфаркт миокарда
		3) передний распространенный инфаркт миокарда
		4) передне-перегородочный инфаркт миокарда
		5) передне-боковой инфаркт миокарда
232.	ПК-5 ОПК-4	В КАКИХ ОТВЕДЕНИЯХ ЭКГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ИНФАРКТ ЗАДНЕ-БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
		1) AVL, V5-V6
		2) 3, 2 стандартные, AVF
		3) V1-V3
		4) 3, 2 стандартные, AVF, V5-V6
		5) V3-V6
233.	ПК-6 ОПК-5	КАК СЛЕДУЕТ КВАЛИФИЦИРОВАТЬ УХУДШЕНИЕ В ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО НА 4-Й НЕДЕЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВОЗНИКЛИ ИНТЕНСИВНЫЕ СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ. ПОЯВИЛАСЬ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НА ЭКГ И ВНОВЬ ПОВЫСИЛАСЬ АКТИВНОСТЬ АСТ, АЛТ, КФК - МВ
		1) ТЭЛА
		2) рецидивирующий инфаркт миокарда
		3) повторный инфаркт миокарда
		4) развитие синдрома Дресслера
		5) вариантная стенокардия
234.	ПК-10 ОПК-7	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ ПРИМЕНЯЮТ
		1) фуросемид в/в
		2) эуфиллин в/в
		3) ингаляции симпатомиметика
		4) обзидан в/в
235.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК КРУПНООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T
		3) подъем ST

		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
236.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS
237.	ПК-5 ОПК-4	ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) увеличение уровня миоглобина, креатинина, мочевины
		2) увеличение активности АСТ, АЛТ, билирубина
		3) появление С-реактивного белка, ревматоидного фактора, LE-клеток
		4) повышение уровня тропонина, миоглобина, КФК-МВ
		5) повышение щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ
238.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО 52 ЛЕТ С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТом МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФфуЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИНУТУ. АД - 120/100 мм рт. ст. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
		1) кардиогенный шок
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) отек легких
		4) разрыв межжелудочковой перегородки
		5) ничего из перечисленного
239.	ПК-8 ОПК-7	БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОТОМУ ЧТО ОНА
		1) снижает протромбиновый индекс
		2) препятствует агрегации тромбоцитов
		3) лизирует образовавшиеся тромбы
		4) ингибирует внутренний механизм свертывания крови
		5) механизм положительного действия аспирина неизвестен
240.	ПК-11 ОПК-7	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) верапамил
		2) допамин
		3) панангин
		4) строфантин
241.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ПОЛНОЙ АВ-БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНО
		1) частота пульса - 72 в минуту

		2) ритм перепела
		3) пушечный тон Стражеско
		4) ритм галопа
		5) дефицит пульса
242.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ
		1) строфантин
		2) лидокаин
		3) новокаиномид
		4) этализин
		5) кордарон
243.	ПК-8 ОПК-7	У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ОТМЕЧАЕТСЯ СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ 45 В МИНУТУ. ОТ УСТАНОВКИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА БОЛЬНОЙ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТКАЗЫВАЕТСЯ. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СРЕДСТВ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНО ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
		1) анаприлин
		2) кордарон
		3) атропин
		4) дигоксин
		5) новокаиномид
244.	ПК-6 ОПК-5	У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ. ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ЧЕМ ГРОЗИТ ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА
		1) развитием недостаточности кровообращения
		2) появлением мерцательной аритмии
		3) появление пароксизмальной тахикардии
		4) появлением коронарной недостаточности
		5) развитием фибрилляции желудочков
245.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ ПРОБОЙ ВАЛЬСАЛЬВЫ. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН
		1) синусовой тахикардией
		2) пароксизмальной мерцательной аритмией
		3) пароксизмальным трепетанием предсердий
		4) пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
		5) пароксизмальной желудочковой тахикардией
246.	ПК-5 ОПК-4	246. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ, РАВНОГО 0,28 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО
		1) блокады синоатриального проведения

		2) блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени
		3) блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени
		4) блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени
		5) синдрома преждевременного возбуждения желудочков
247.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ
		1) никотиновая кислота
		2) клофибрат
		3) тироксин
		4) аторвастатин
248.	ПК-8 ОПК-7	У БОЛЬНОГО 74 ЛЕТ НАБЛЮДАЛИСЬ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПРИСТУПЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, РЕДКИЙ ПУЛЬС. ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В СВЯЗИ С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ПОЛНАЯ ПОПЕРЕЧНАЯ БЛОКАДА СЕРДЦА, ЧСС – 46 В МИНУТУ. ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕТ. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО
		1) имплантация ЭКС
		2) назначить аспаркам
		3) назначить анаприлин
		4) провести дефибрилляцию
		5) ничего из перечисленного
249.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ
		1) колющие боли в области сердца во время физической нагрузки
		2) желудочковая экстрасистолия после физической нагрузки
		3) загрудинная боль и депрессия сегмента ST, возникающие одновременно при нагрузке
		4) зубец Q в отведениях III и aVF
		5) отрицательный зубец T в левых грудных отведениях
250.	ПК-8 ОПК-7	ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ СВЯЗАН С
		1) уменьшением частоты и силы сокращений сердца
		2) расширением коронарных артерий
		3) расширением периферических артерий
		4) увеличением коронарного кровотока вследствие увеличения ЧСС
		5) дилатацией периферической венозной системы
251.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ
		1) горизонтальная депрессия ST
		2) депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец T
		3) подъем ST
		4) глубокие зубцы Q
		5) зубцы QS

252.	ПК-5 ОПК-4	КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
		1) диффузный гиперкинез
		2) диффузный гипокинез
		3) локальный гипокинез
		4) локальный гиперкинез
253.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ТИПЕ ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП
		1) I
		2) IIa
		3) IIб
		4) III
		5) IV
254.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
		1) колющая боль в сердце при физической нагрузке
		2) тупая ноющая боль после нервного перенапряжения
		3) стойкая загрудинная давящая, иногда жгучая, с широкой иррадиацией
		4) сжимающая боль в сердце, купирующаяся нитроглицерином через 2-5 минут
		5) острая режущая боль в сердце, связанная с определенным положением тела
255.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) отсутствие во всех отведениях зубца Р
		2) неизменный комплекс QRS
		3) деформация комплекса QRS
		4) удлинение интервала PQ
256.	ПК-6 ОПК-5	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) острая левожелудочковая недостаточность
		2) тампонада сердца
		3) фибрилляция желудочков
		4) ТЭЛА
257.	ПК-6 ОПК-5	ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВОЗНИКАЮТ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ
		1) мерцательной аритмии
		2) синусовой брадикардии
		3) желудочковой экстрасистолы
		4) полной АВ-блокаде
258.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДАЕТ КЛИНИКУ СТЕНОКАРДИИ
		1) заболевания пищевода

		2) диафрагмальная грыжа
		3) язвенная болезнь желудка
		4) хронический колит
		5) острый панкреатит
259.	ПК-8 ОПК-7	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЕТ
		1) аспирин
		2) каптоприл
		3) метопролол
		4) изосорбид-динитрат
260.	ПК-8 ОПК-7	СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
		1) нитроглицерин
		2) каптоприл
		3) аторвастатин
		4) метопролол
		5) дипиридамола
261.	ПК-6 ОПК-5	НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНА В ПЛАНЕ
		1) развития инфаркта миокарда
		2) тромбоэмболии мозговых сосудов
		3) развития фатальных нарушений ритма сердца
		4) развития легочной гипертензии
		5) развития венозной недостаточности
262.	ПК-6 ОПК-5	КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА КРИТЕРИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) систолическое давление равно или выше 130 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше 85 мм рт. ст.
		2) систолическое давление выше 140 мм рт. ст., а диастолическое давление выше 90 мм рт. ст.
		3) систолическое давление равно или выше 160 мм рт. ст., а диастолическое давление равно или выше - 100 мм рт. ст.
263.	ПК-6 ОПК-5	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 5 – 11 %
		2) 12 – 15 %
		3) 6 – 25 %
		4) 35-45%
		5) 35-70%
264.	ПК-8 ОПК-7	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ СТРАДАЕТ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2-Й СТ., ИМЕЕТ МЕСТО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОДИНАМИКИ. КАКОМУ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДЛЯ

		КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
		1) эналаприл
		2) метопролол
		3) коринфар
		4) верошпирон
		5) клофелин
265.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ: ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ I СТ. У БОЛЬНОГО 35 ЛЕТ
		1) отсутствие изменений глазного дна
		2) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
		3) зубец R в V5-V6 равен 35 мм
		4) быстрая нормализация АД
		5) уровень мочевой кислоты = 7 мг% (0,40 ммоль/л)
266.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК ВСТРЕЧАЕТСЯ С НАСТУПЛЕНИЕМ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ)
		1) гипертонические кризы
		2) дилатация сердечных полостей
		3) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		4) гипертрофия левого желудочка
		5) появление приступов стенокардии
267.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ
		1) беталок
		2) коринфар
		3) капотен
		4) дигоксин
		5) лазикс
268.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АД - 190/110 ММ РТ. СТ., У КОТОРОГО ИМЕЕТСЯ ПОЛИПОЗ НОСА И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) гипотиазид
		4) амлодипин
		5) атенолол
269.	ПК-6 ОПК-5	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ
		1) кратковременные эпизоды потери сознания
		2) нарушения сердечного ритма и проводимости
		3) наличие периферических отеков
		4) носовые кровотечения
		5) нарушение ритма дыхания

270.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) систолический шум на верхушке сердца
		2) приглушенность тонов сердца
		3) акцент II тона над аортой
		4) ритм галопа
		5) систолический шум над аортой
271.	ПК-6 ОПК-5	КРИТЕРИЯМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) геморагии или экссудаты на глазном дне
		2) быстро прогрессирующее ухудшение функции почек
		3) отек соска зрительного нерва
		4) сочетание трех названных критериев
		5) резистентность к лечению β -адреноблокаторами
272.	ПК-5 ОПК-4	ГОРМОНОМ С ВЫСОКОЙ ПРЕССОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кальцитонин
		2) адреналин
		3) инсулин
		4) альдостерон
		5) пролактин
273.	ПК-5 ОПК-4	ПРИЗНАКИ ЭКГ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) остроконечный зубец R в отведениях II, III
		2) гипертрофия левого желудочка
		3) блокада правой ножки пучка Гиса
		4) блокада левой ножки пучка Гиса
		5) уширенный, двугорбый зубец R в отведениях I, II
274.	ПК-6 ОПК-5	УРОВЕНЬ РИСКА У БОЛЬНОГО 56 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО 3 СТЕПЕНЬ АГ, КУРЯЩЕГО
		1) низкий риск (1)
		2) средний риск (2)
		3) высокий риск (3)
		4) очень высокий риск (4)
275.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ
		1) β -адреноблокаторы
		2) ингибиторы АПФ
		3) допегит (метилдопа)
		4) антагонисты рецепторов ангиотензина 11
		5) диуретики
276.	ПК-8 ОПК-7	ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ
		1) нитроглицерин
		2) метопролол

		3) празозин
		4) беродуал
277.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 1 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 60 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
278.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ 2 СТАДИИ
		1) отсутствие признаков поражения органов-мишеней
		2) скорость клубочковой фильтрации 90 мл/мин
		3) индекс Соколова-Лайона равен 40 мм
		4) холестерин 6,5 ммоль/л
279.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 3 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) дилатация сердечных полостей
		2) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		3) появление приступов стенокардии
		4) гипертрофия левого желудочка
280.	ПК-6 ОПК-5	ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ МОГУТ ОСЛОЖНЯТЬ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
		1) только при 1 стадии
		2) только при 2 стадии
		3) только при 3 стадии
		4) при любой стадии
		5) только при злокачественной гипертензии
281.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) клофелин
		2) эналаприл
		3) метопролол
		4) верапамил
282.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ТАХИКАРДИЕЙ
		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
283.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С БРАДИКАРДИЕЙ

		1) гипотиазид
		2) эналаприл
		3) амлодипин
		4) верапамил
284.	ПК-6 ОПК-5	НОРМАЛЬНОЕ АД
		1) ниже 120/80 мм рт. ст.
		2) ниже 130/85 мм рт. ст.
		3) ниже 139/89 мм рт. ст.
		4) ниже 159/99 мм рт. ст.
		5) ниже 179/109 мм рт. ст.
285.	ПК-6 ОПК-5	ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АД
		1) ниже 120/80 мм рт. ст.
		2) ниже 130/85 мм рт. ст.
		3) ниже 139/89 мм рт. ст.
		4) ниже 159/99 мм рт. ст.
		5) ниже 179/109 мм рт. ст.
286.	ПК-6 ОПК-5	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 1 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
287.	ПК-6 ОПК-5	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 2 СТЕПЕНИ
		1) 120-129/80-85 мм рт. ст.
		2) 130-139/85-89 мм рт. ст.
		3) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		4) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		5) 180-189/110-115 мм рт. ст.
288.	ПК-6 ОПК-5	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 3 СТЕПЕНИ
		1) 140-159/90-99 мм рт. ст.
		2) 160-179/100-109 мм рт. ст.
		3) 180/110 мм рт. ст. и выше
		4) 190/115 мм рт. ст. и выше
		5) 200/120 мм рт. ст. и выше
289.	ПК-6 ОПК-5	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.

290.	ПК-6 ОПК-5	ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
		1) ниже 110/70 мм рт. ст.
		2) ниже 120/80 мм рт. ст.
		3) ниже 125/75 мм рт. ст.
		4) ниже 130/85 мм рт. ст.
		5) ниже 140/90 мм рт. ст.
291.	ПК-6 ОПК-5	МУЖЧИНА, 60 ЛЕТ, СТРАДАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БОЛЕЕ 5 ЛЕТ, КУРИТ. ПЕРЕНЕС ОПЕРАЦИЮ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД = 160/95 ММ РТ СТ. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
		1) гипертоническая болезнь 2 стадия 2 степень риск 3
		2) гипертоническая болезнь 3 стадия 3 степень риск 4
		3) гипертоническая болезнь 3 стадия 2 степень риск 4
		4) гипертоническая болезнь 2 стадия 1 степень риск 3
292.	ПК-6 ОПК-5	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) стенокардии напряжения
		2) инфаркта миокарда
		3) гипертрофии левого желудочка
		4) хронической сердечной недостаточности
293.	ПК-6 ОПК-5	ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ
		1) микроальбуминурии
		2) протеинурии
		3) гломерулонефрита
		4) хронической почечной недостаточности
294.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 3 СТАДИИ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) утолщением комплекса интимы-медии более 0.9 мм
		2) «перемежающейся» хромотой
		3) появлением атеросклеротических бляшек в крупных артериях
		4) увеличением скорости пульсовой волны (плече-лодыжечный индекс)
295.	ПК-8 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИБС (СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ)
		1) каптоприл
		2) гипотиазид
		3) метопролол
		4) метилдопа
296.	ПК-8 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

		1) лизиноприл
		2) верапамил
		3) метопролол
		4) метилдопа
297.	ПК-10 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
		1) каптоприл
		2) гипотиазид
		3) метопролол
		4) метилдопа
298.	ПК-10 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ОТЕКОМ ЛЕГКИХ
		1) каптоприл
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) клофелин
299.	ПК-10 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
		1) нитроглицерин
		2) фуросемид
		3) метопролол
		4) магния сульфат
		5) клофелин в\в
300.	ПК-10 ОПК-7	СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД У БОЛЬНЫХ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
		1) фуросемида
		2) клофелина и бета-блокатора
		3) нитропрусида натрия и бета-блокатора
		4) дроперидола
301.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 2 СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) дилатация сердечных полостей
		2) стабилизация АД в форме систоло-диастолической гипертензии
		3) появление приступов стенокардии
		4) гипертрофия левого желудочка
302.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛАСЬ НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин

		4) лазикс
303.	ПК-10 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
304.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛАСЬ НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
305.	ПК-10 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ
		1) нитроглицерин
		2) магния сульфат
		3) дигоксин
		4) лазикс
306.	ПК-6 ОПК-5	ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение сердечного выброса вследствие повышения активности симпато-адреналовой системы
		2) повышение общего периферического сопротивления
		3) гиперпродукция ренина, ангиотензина и альдостерона
		4) повышение выделения вазопрессина
		5) задержка натрия в стенках артериол
307.	ПК-10 ОПК-7	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) капотен сублингвально
		2) клофеллин в\в
		3) натрия нитропруссид
		4) фуросемид в\в
308.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА АД - 220/140 ММ РТ. СТ. КАКОЙ КРИТЕРИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ 3 СТАДИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
		1) появление гипертонических кризов
		2) высокий уровень АД
		3) возраст пациента
		4) коронарная реваскуляризация

309.	ПК-6 ОПК-5	В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ
		1) через 2-3 недели после перенесенной ангины
		2) на фоне ОРВИ
		3) вне связи с какой-либо перенесенной инфекцией
		4) после физической нагрузки, переохлаждения
		5) в остром периоде стрептококковой инфекции
310.	ПК-6 ОПК-5	ЗАТЯЖНОМУ ТЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СООТВЕТСТВУЕТ
		1) длительность атаки 3 – 6 мес., умеренная активность процесса
		2) длительность атаки более 6 мес., монотонная, моносиндромная картина
		3) волнообразное течение с четкими обострениями и неполными ремиссиями
		4) длительность атаки до 3 мес., острое начало, полисиндромность поражения
		5) стертая картина болезни
311.	ПК-8 ОПК-7	В КАЧЕСТВЕ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НАЗНАЧАЮТ
		1) аминохинолиновые препараты (делагил)
		2) нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, бруфен)
		3) ацетилсалициловая кислота
		4) бензилпенициллин или полусинтетические пенициллины
312.	ПК-6 ОПК-5	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) золотистый стафилококк
		2) β -гемолитический стрептококк группы С
		3) β -гемолитический стрептококк группы А
		4) возбудитель неизвестен
		5) пневмококк
313.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) это заболевание, вызванное аденовирусами
		2) развитию ревматического процесса способствует наследственная (генетическая) предрасположенность
		3) аутоиммунные реакции при ревматизме наблюдаются крайне редко
		4) заболевание возникает в любом возрасте
314.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) это заболевание, вызванное респираторными вирусами
		2) исходом ОРЛ может быть хроническая ревматическая болезнь сердца
		3) аутоиммунные реакции при ревматическом процессе наблюдаются

		крайне редко
		4) заболевание может развиваться после детских инфекций – кори и коклюша
315.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) ведущую роль в патогенезе заболевания играет бактериальное воспаление эндокарда
		2) порок сердца возникает вследствие развития бородавчато-язвенного эндокардита
		3) эффективность длительного лечения пенициллином весьма высока
		4) поражаются в основном крупные суставы
		5) порок сердца развивается спустя месяц после начала первой атаки ревматизма
316.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) ведущую роль в патогенезе заболевания играет бактериальное воспаление эндокарда
		2) порок сердца возникает вследствие развития бородавчато-язвенного эндокардита
		3) эффективность длительного лечения пенициллином весьма высока
		4) поражается в основном миокард и эндокард с последующим развитием пороков сердца и ХСН
		5) порок сердца развивается спустя месяц после начала первой атаки ревматизма
317.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ КЛАПАН СЕРДЦА РАНЬШЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ
		1) аортальный
		2) митральный
		3) трехстворчатый
		4) клапан легочной артерии
		5) все клапаны одновременно
318.	ПК-6 ОПК-5	ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ
		1) зеленым стрептококком
		2) β - гемолитическим стрептококком группы А
		3) аденовирусом
		4) вирусом кори
		5) пневмококком
319.	ПК-6 ОПК-5	ОСНОВНОЙ ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
		1) неинфекционные агенты
		2) аллергическая реакция
		3) стрептококковая инфекция
		4) солнечная инсоляция
		5) снижение защитных факторов организма

320.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) крапивница
		2) кольцевидная эритема
		3) петехии
		4) узловатая эритема
		5) иктеричность кожи
321.	ПК-6 ОПК-5	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ
		1) 1-2 года
		2) 2-3 недели
		3) 3 дня
		4) полгода
322.	ПК-6 ОПК-5	III - ЕЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СООТВЕТСТВУЕТ
		1) температура тела 37 ⁰ С
		2) отсутствие одышки
		3) АСГ - 1: 250
		4) серомукоиды - 0,220
		5) С - реактивный белок +++
323.	ПК-8 ОПК-7	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ВОЛЬТАРЕНА СВЯЗАН С
		1) блокированием гистамина
		2) возбуждением адренорецепторов
		3) влиянием на гипоталамические центры
		4) стимулированием метаболизма миокарда
		5) подавление биосинтеза простагландинов
324.	ПК-6 ОПК-5	ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИГРАЕТ
		1) зеленающий стрептококк
		2) β-гемолитический стрептококк группы А
		3) палочка Фридендера
		4) респираторно-синтициальный вирус
		5) гемофильная палочка
325.	А/02.7 ПК-6 ОПК-5	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ
		1) клетки Боткина
		2) ашофф-талалаевские гранулемы
		3) клетки Ходжкина
		4) тельца Жолли
326.	ПК-6 ОПК-5	РЕВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) поражением мелких суставов кистей рук
		2) «летучим» поражением крупных суставов

		3) поражением крупных суставов с их деформацией
		4) поражением большого пальца стопы
327.	ПК-6 ОПК-5	КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ
		1) лица
		2) ладоней и стоп
		3) волосистой части головы
		4) внутренней поверхности конечностей
328.	ПК-6 ОПК-5	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) кардит
		3) хорея
		4) артрит
329.	ПК-6 ОПК-5	ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИИ
		1) ветряной оспы
		2) инфекционного мононуклеоза
		3) паротита
		4) скарлатины
		5) кори
330.	ПК-5 ОПК-4	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ЭКГ ОТНОСИТСЯ
		1) уширение комплекса QRS
		2) удлинение интервала PQ
		3) индекс Соколова-Лайона
		4) депрессия сегмента ST
331.	ПК-6 ОПК-5	ИСХОДОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ревматоидный артрит
		2) хроническая ревматическая болезнь сердца
		3) кольцевидная эритема
		4) хорея
332.	ПК-8 ОПК-7	ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) антибиотиков-аминогликозидов
		3) нестероидных противовоспалительных препаратов
		4) сердечных гликозидов
333.	ПК-8 ОПК-7	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) антибиотиков пенициллинового ряда
		2) нестероидных противовоспалительных препаратов

		3) антибиотиков-аминогликозидов
		4) сердечных гликозидов
334.	ПК-8 ОПК-7	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) ципрофлоксацина
		2) бициллина
		3) цефтриаксона
		4) кларитромицина
335.	ПК-5 ОПК-4	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) иррадирует в левую подмышечную область
		2) лучше выслушивается в положении на правом боку
		3) сопровождается третьим тоном
		4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
		5) лучше выслушивается в вертикальном положении
336.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение левой границы сердца
		2) Facies mitralis
		3) наличие мерцательной аритмии
		4) наличие "щелчка открытия" митрального клапана
337.	ПК-6 ОПК-5	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита
		5) всех вышеперечисленных заболеваний
338.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ СОЧЕТАННОМ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ
		1) вверх
		2) влево, вверх и вправо
		3) вверх и вправо
		4) влево
		5) влево и вниз
339.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) увеличение КДО левого желудочка
		2) увеличение давления в левом предсердии
		3) увеличение сердечного выброса
		4) снижение давления в левом желудочке
340.	ПК-5 ОПК-4	ВЕЛИЧИНА ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ДОСТИГАЕТ

		1) 4 - 8 мм рт. ст.
		2) 20 - 30 мм рт. ст.
		3) 1 - 2 мм рт. ст.
		4) 40 - 50 мм рт. ст.
		5) не более 10 мм рт. ст.
341.	ПК-6 ОПК-5	КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ
		1) усиливается
		2) уменьшается
		3) не изменяется
		4) исчезает
342.	ПК-6 ОПК-5	ПОРОК СЕРДЦА - КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ
		1) расширения полости левого желудочка и фиброзного кольца при гемодинамических перегрузках
		2) неполное смыкание створок митрального клапана вследствие их органического изменения
		3) дисфункции папиллярных мышц
		4) разрыва хорды
		5) кальциноза клапанного кольца в пожилом возрасте
343.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ
		1) кожные покровы бледные
		2) цвет кожи с оттенком "кофе с молоком"
		3) акроцианоз, цианотический румянец
		4) цвет кожи "землистый"
		5) цвет кожи не изменен
344.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) астеническая конституция
		2) диастолическое дрожание над верхушкой
		3) систолическое дрожание во II межреберье справа
		4) ослабление I тона на верхушке
		5) пульсация печени
345.	ПК-8 ОПК-7	ЖЕНЩИНА 40 ЛЕТ, СТРАДАЮЩАЯ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ЖАЛУЕТСЯ НА ОДЫШКУ, УСТАЛОСТЬ, КОТОРЫЕ ПОСТЕПЕННО ПРОГРЕССИРУЮТ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕГКУЮ ДОМАШНЮЮ РАБОТУ. БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНЫ
		1) бициллинопрофилактика
		2) антикоагулянты
		3) препараты дигиталиса
		4) митральная комиссуротомия
		5) имплантация искусственного клапана

346.	ПК-6 ОПК-5	ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
		1) возникает через 0.06-0.12 секунд после закрытия аортальных клапанов
		2) характерен для митральной недостаточности
		3) характерен для аортального стеноза
		4) лучше всего выслушивается в точке Боткина
347.	ПК-5 ОПК-4	ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ МЕЗОСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК, ЗА КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ КОРОТКИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ. ВЫ МОЖЕТЕ ЗАПОДОЗРИТЬ
		1) митральный стеноз
		2) митральную недостаточность ревматической этиологии
		3) сочетанный митральный порок
		4) пролапс митрального клапана
		5) разрыв сухожильных хорд
348.	ПК-5 ОПК-4	УКАЖИТЕ R- ПРИЗНАКИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА
		1) талия сердца сглажена
		2) увеличение сердца в поперечнике
		3) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса
		4) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса
		5) талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого и большого радиуса
349.	ПК-6 ОПК-5	ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН
		1) относительной митральной недостаточностью
		2) относительным митральным стенозом
		3) высокой легочной гипертензией, относительной недостаточностью клапана легочной артерии
350.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) физикальное обследование
		2) эхокардиография
		3) электрокардиография
		4) рентгенологическое исследование
351.	ПК-6 ОПК-5	РЕФЛЕКС КИТАЕВА (АКТИВНЫЙ СПАЗМ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИОЛ) ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ
		1) митральной регургитации
		2) прогрессирующего роста давления в левом предсердии (более 25 мм рт.ст.) и в легочных венах
		3) снижения градиента давления «левое предсердие - левый желудочек»
		4) увеличения притока крови к сердцу
		5) повышения давления в полости левого желудочка

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

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

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

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

	ОПК-4	
		1) недостаточности митрального клапана
		2) недостаточности трехстворчатого клапана
		3) недостаточности аортального клапана
		4) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
		5) аортального стеноза
380.	ПК-5 ОПК-4	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) иррадирует в левую подмышечную область
		2) лучше выслушивается в положении на правом боку
		3) сопровождается третьим тоном
		4) лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
		5) лучше выслушивается в вертикальном положении
381.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО, УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА, ВЫРАЖЕННЫЙ СИМПТОМ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ И ТАМ ЖЕ ОСЛАБЛЕНИЕ 2-ГО ТОНА. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ФЕНОМЕНОВ НЕПРЕМЕННО ДОЛЖЕН ИМЕТЬ МЕСТО У ДАННОГО БОЛЬНОГО
		1) систолический шум на верхушке
		2) диастолический шум на верхушке
		3) систолический шум над аортой
		4) диастолический шум над аортой
		5) систолический шум у мечевидного отростка
382.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО
		1) хлопающий первый тон на верхушке
		2) систолический шум на верхушке
		3) увеличение границ сердца влево
		4) снижение сердечного выброса
383.	ПК-5 ОПК-4	ПАЦИЕНТ 19 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА
		1) ЭКГ
		2) эхокардиография
		3) рентгеноскопия грудной клетки
		4) исследование крови на титры антистрептококковых антител
		5) ни один из перечисленных методов
384.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО 41 ГОДА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВОЗНИК ПАРОКСИЗМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ С ЧСС 190 В МИНУТУ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

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

	ОПК-5	МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
		1) ревматизма
		2) инфаркта миокарда
		3) травмы грудной клетки
		4) инфекционного эндокардита
		5) всех вышеперечисленных заболеваний
391.	ПК-5 ОПК-4	ПЛОЩАДЬ ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
		1) 1-2 кв. см
		2) 4-6 кв.см
		3) 8-10 кв. см
		4) 8 кв.см
392.	ПК-6 ОПК-5	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ
		1) при стенозе устья аорты
		2) при недостаточности митрального клапана
		3) при легочной гипертензии любого происхождения
		4) при недостаточности трикуспидального клапана
		5) при недостаточности клапана аорты
393.	ПК-6 ОПК-5	МЕХАНИЗМОМ ПОЯВЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
		1) недостаточности аортального клапана
		2) недостаточности трикуспидального клапана
		3) недостаточности митрального клапана
		4) недостаточности клапана легочной артерии
394.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
		1) голосистолический
		2) протосистолический
		3) мезосистолический
		4) пресистолический
		5) протодиастолический
395.	ПК-5 ОПК-4	ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) брадикардия
		2) мерцательная аритмия
		3) малый медленный
		4) высокий скорый
396.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) S.Aureus
		2) Str.pneumoniae
		3) Kl.pneumonia
		4) H.influencae

397.	ПК-6 ОПК-5	ПОРАЖЕНИЕ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
		1) у наркоманов
		2) у детей
		3) у мужчин
		4) у женщин
398.	ПК-6 ОПК-5	У НАРКОМАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
		1) митральный клапан
		2) аортальный клапан
		3) клапан легочной артерии
		4) трехстворчатый клапан
399.	ПК-5 ОПК-4	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ЭХО-КТ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) гипокинез
		2) акинез
		3) вегетации на клапанах
		4) дилатация полостей сердца
400.	ПК-8 ОПК-7	АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) оксациллин, гентамицин
		2) амоксициллин, кларитромицин
		3) фтивазид, рифампицин
401.	ПК-5 ОПК-4	К ПАЦИЕНТАМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) с врожденными пороками сердца
		2) с ожирением
		3) с сахарным диабетом
		4) с артериальной гипертензией
402.	ПК-5 ОПК-4	УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СПОСОБСТВУЕТ
		1) рост наркомании
		2) прием антибиотиков
		3) повышение уровня жизни
		4) гиподинамия
403.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) гиперемия кожных покровов с вишневым оттенком
		2) цвета «кофе с молоком»
		3) диффузный цианоз
		4) желтуха
404.	ПК-5 ОПК-4	К ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) цвет кофе с молоком

		2) диффузный теплый цианоз
		3) акроцианоз
		4) герпетические высыпания
405.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) оперативные вмешательства
		2) длительное курение
		3) тесный контакт с больным туберкулезом легких
		4) психоэмоциональный стресс
406.	ПК-6 ОПК-5	ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ
		1) кольцевидная эритема
		2) эритема в форме бабочки на лице
		3) узелки Ослера
		4) узелки Гебердена
407.	ПК-6 ОПК-5	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ - ЭТО
		1) острое несоответствие коронарного кровотока и потребностей миокарда в кислороде
		2) полипозно-язвенное воспаление эндокарда
		3) системное воспалительное заболевание с поражением клапанов сердца
		4) первичное поражение миокарда с расширением полостей сердца
408.	ПК-5 ОПК-4	К БОЛЬШИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) узелки Ослера
		3) подвижные вегетации на створках клапана
		4) пятна Рота
409.	ПК-5 ОПК-4	К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСИТСЯ
		1) лихорадка
		2) лейкоцитоз
		3) лейкопения
		4) положительная культура крови
410.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ
		1) аортальный клапан
		2) митральный клапан
		3) трикуспидальный клапан
		4) клапан легочной артерии
411.	ПК-8 ОПК-7	ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
		1) активная иммунокорригирующая терапия
		2) длительная терапия глюкокортикостероидами

		3) хирургическое лечение
		4) непрерывная антибактериальная терапия
412.	ПК-5 ОПК-4	КРАЕУГОЛЬНЫМ КАМНЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) положительная культура крови
		2) отрицательная культура крови
		3) лейкоцитоз
		4) лейкопения
413.	ПК-5 ОПК-4	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) врожденный стеноз аортального клапана
		2) кариозные зубы
		3) внутривенная наркомания
		4) хроническая алкогольная интоксикация
414.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ АНТИБИОТИК НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ. ВЫЗВАННЫМ СТРЕПТОКОККОМ. С АЛЛЕРГИЕЙ К ПЕНИЦИЛЛИНУ
		1) эритромицин
		2) цефалоспорины
		3) ампициллин
		4) оксациллин
		5) ванкомицин
415.	ПК-5 ОПК-4	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) атеросклероз коронарных артерий
		2) спазм коронарных артерий
		3) эритроцитоз
		4) эмболия в коронарные артерии
416.	ПК-5 ОПК-4	В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НАРЯДУ С БАКТЕРИЕМИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) дефицит железа
		2) снижение общей реактивности организма
		3) дефицит факторов свертывания крови
417.	ПК-8 ОПК-7	НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ
		1) амоксициллин
		2) флуконазол
		3) цефтриаксон
		4) ванкомицин
418.	ПК-5 ОПК-4	К ОСНОВНЫМ ЗВЕНЬЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) бактериемия

		2) атеросклероз
		3) гиперхолестеринемия
		4) активация РААС
419.	ПК-6 ОПК-5	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ
		1) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе
		2) после операций на полости рта
		3) после эндоскопических исследований
		4) у наркоманов, пользующихся внутривенными наркотиками
420.	ПК-6 ОПК-5	К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВАСКУЛИТОМ ИЛИ ЭМБОЛИЕЙ ОТНОСЯТ
		1) пятна Лукина
		2) пальцы в виде барабанных палочек
		3) ногти в виде часовых стекол
		4) подкожные ревматические узелки
421.	ПК-5 ОПК-4	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ожирение
		2) гиподинамия
		3) курение
		4) наличие порока сердца
		5) легочная гипертензия
422.	ПК-5 ОПК-4	В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ
		1) нарушение насосной функции сердца
		2) снижение АД
		3) снижение функции автоматизма сердца
		4) гипертрофия левого желудочка
		5) понижение давления в малом круге
423.	ПК-5 ОПК-4	ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ
		1) снижения коронарной перфузии
		2) спазма легочных артериол
		3) ретроградной передачи повышенного давления на сосуды малого круга
		4) снижения периферического сопротивления
		5) повышения легочного сопротивления
424.	ПК-6 ОПК-5	ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАСТОЙНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) периферические отеки нижних конечностей
		2) гипертензия в малом круге кровообращения

		3) выпот в плевральных полостях
		4) увеличение живота
		5) повышение конечного диастолического давления в правом желудочке
425.	ПК-5 ОПК-4	ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тканевая гипоксия
		2) снижение систолической или диастолической функции миокарда
		3) гиперактивация симпато-адреналовой системы
		4) спазм артериол
		5) активация местных тканевых РАС
426.	ПК-8 ОПК-7	УКАЖИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) ректальный
		2) сублингвальный
		3) внутрь
		4) внутривенный
		5) накожный
427.	ПК-6 ОПК-5	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA
		1) I класса
		2) II класса
		3) III класса
		4) IV класса
428.	ПК-6 ОПК-5	ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) отеки
		2) желтуха
		3) увеличение печени
		4) цианоз
		5) одышка
429.	ПК-5 ОПК-4	РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ СПОСОБСТВУЕТ
		1) появление отеков на нижних конечностях
		2) повышение давления в легочных капиллярах
		3) депонирование крови в печени
		4) дилатация правых отделов сердца
		5) уменьшение постнагрузки
430.	ПК-11 ОПК-7	НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ
		1) введение прессорных аминов
		2) лазикс внутривенно

		3) эуфиллин внутрь
		4) ингаляция симпатомиметика
431.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) лазикс
		2) верошпирон
		3) диакарб
		4) гипотиазид
432.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ХОБЛ
		2) тромбоэмболия легочной артерии
		3) кардиомиопатии
		4) миокардит
433.	ПК-6 ОПК-5	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ
		1) вентрикулография
		2) стресс доплер-эхокардиография
		3) компьютерная томография
		4) доплер-эхокардиография
		5) электрокардиография
434.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ
		1) электрокардиография
		2) эхокардиография
		3) рентгенография сердца в трех проекциях
		4) фонокардиография
		5) зондирование полостей сердца
435.	ПК-5 ОПК-4	ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
		1) КФК
		2) аминотрансфераз
		3) креатинина
		4) натрийуретических пептидов
		5) щелочной фосфатазы
436.	ПК-5 ОПК-4	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
		1) ревматические пороки сердца
		2) ИБС
		3) артериальная гипертензия
		4) кардиомиопатия

		5) миокардиты и миокардиодистрофия
437.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
		1) набухание шейных вен
		2) асцит
		3) увеличение печени
		4) ортопноэ
		5) отеки на ногах
438.	ПК-5 ОПК-4	СИМПТОМОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ЭКГ-ПРИЗНАК
		1) отклонение электрической оси сердца вправо
		2) смещение переходной зоны влево
		3) высокие зубцы R в левых грудных отведениях
		4) высокие зубцы R в правых грудных отведениях
		5) глубокие зубцы S в левых грудных отведениях
439.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ
		1) дигоксин
		2) строфантин
		3) изоланид
		4) коргликон
		5) верошпирон
440.	ПК-8 ОПК-7	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β-БЛОКАТОРОВ
		1) синусовая тахикардия
		2) желудочковая тахикардия
		3) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
		4) бронхиальная астма
		5) артериальная гипертония
441.	ПК-6 ОПК-5	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) ортопноэ
		2) асцит
		3) увеличение печени
		4) набухание шейных вен
		5) отеки на ногах
442.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) увеличение печени
		2) кашель
		3) сердечная астма
		4) акроцианоз
		5) отеки

443.	ПК-5 ОПК-4	ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС)
		2) активация симпатико-адреналовой системы
		3) снижение сократительной способности миокарда
		4) активация выработки альдостерона и вазопрессина (АДГ)
		5) развитие ремоделирования миокарда
444.	ПК-5 ОПК-4	ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка
		2) выявление HP в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры HP и определение ее чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
445.	ПК-5 ОПК-4	БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках -отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам
		3) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		4) определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ¹⁴ C или ¹³ C (дыхательный тест)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
446.	ПК-5 ОПК-4	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам
		3) выявление антител IgM и IgG к HP в крови с помощью ИФА
		4) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
447.	ПК-5 ОПК-4	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)
		1) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		2) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки

		желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		3) выявление антител IgM и IgG к НР в крови с помощью иммуноферментного анализа
		5) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
448.	ПК-5 ОПК-4	ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)
		1) выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка
		2) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
		3) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) изучение уреазной активности НР в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
449.	ПК-5 ОПК-4	БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (НР) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ
		1) изучение уреазной активности НР в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест)
		2) выявление антител IgM и IgG к H.pylori в крови с помощью иммуноферментного анализа
		3) выделение чистой культуры НР и определение чувствительности к антибиотикам
		4) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале)
		методом ПЦР
		5) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка
450.	ПК-8 ОПК-7	КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
451.	ПК-8 ОПК-7	ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации Helicobacter pylori
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
452.	ПК-8 ОПК-7	МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

		1) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
453.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СНИЖАЕТСЯ СЕКРЕТОРНО - КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА
		1) хронический антральный гастрит (ХГ типа В)
		2) болезнь Менетрие (гипертрофический гастрит)
		3) синдром Золлингера – Эллисона при гастриномах
		4) хронический фундальный гастрит (ХГ типа А)
454.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) появление антител к обкладочным клеткам
		2) появление антител к гастромукопротеину
		3) появление антител к <i>Helicobacter pylori</i>
		4) развитие В ₁₂ дефицитной анемии
455.	ПК-5 ОПК-4	ПРИ рН-МЕТРИИ В ТЕЛЕ ЖЕЛУДКА НОРМАЦИДНЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ
		1) 0.9 – 1.2
		2) 1.3 – 1.7
		3) 1.8 – 3.0
		4) 3.0 – 7.0
456.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ
		1) железодефицитная
		2) В ₁₂ - дефицитная
		3) гипопластическая (апластическая)
		4) гемолитическая
457.	ПК-8 ОПК-7	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
		1) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>
		2) коррекции нарушений желудочной секреции
		3) устранения нарушений моторной функции желудка
		4) регуляции нарушений кишечного пищеварения
458.	ПК-8 ОПК-7	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) де-нол
		4) дротаверин
459.	ПК-5 ОПК-4	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

		1) рентгеноскопия желудка
		2) исследование желудочной секреции с гистамином
		3) фиброгастроскопия с прицельной биопсией
		4) реакция Греггера
		5) цитологическое исследование промывных вод желудка
460.	ПК-5 ОПК-4	ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ СОСТОЯНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) повышение базальной и стимулированной секреции
		2) снижение секреторной функции
		3) секреция не изменяется
		4) развивается полная ахлоргидрия
		5) секреция снижается незначительно
461.	ПК-5 ОПК-4	ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА ПРИ ТОЛЧКОВОЙ ПЕРКУССИИ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 5-6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
		1) о развитии перфорации желудка
		2) о развитии желудочного кровотечения
		3) об обострении хронического гастрита
		4) о развитии стеноза привратника
462.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН
		1) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) холинолитик местного действия
		4) антацид
		5) миотоник
463.	ПК-5 ОПК-4	САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
		1) рентгенологическое
		2) кала на скрытую кровь
		3) желудочной секреции
		4) физикальное (перкуссия, пальпация)
		5) эндоскопическое
464.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ
		1) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов
		2) холинолитик общего действия
		3) антацид
		4) холинолитик местного действия
		5) миотоник
465.	ПК-8 ОПК-7	ХОЛИНОЛИТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ
		1) через 30 минут после еды
		2) через 1-2 часа после еды

		3) за 30 мин. до еды
		4) только на ночь
		5) во время приема пищи
466.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
		1) рентгенологический
		2) эндоскопический
		3) исследование кала на скрытую кровь
		4) желудочный сок с гистамином
		5) эндоскопия с биопсией
467.	ПК-8 ОПК-7	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ВКЛЮЧАЮТ В КВАДРОСХЕМУ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
		1) панкреатин
		2) де-нол
		3) атропин
		4) платифиллин
468.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
		5) кровотечение
469.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
470.	ПК-6 ОПК-5	У 30-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ОТМЕЧАЮТСЯ НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, УМЕНЬШАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ. ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ПОДЪЕМА ТЯЖЕСТИ ПОЯВИЛИСЬ ОСТРЫЕ БОЛИ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
471.	ПК-8 ОПК-7	ПРОТИВОЯЗВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, БЛОКИРУЮЩИЙ H-2 РЕЦЕПТОРЫ ГИСТАМИНА
		1) энпростил

		2) сукральфат
		3) даларгин
		4) фамотидин
		5) гастал
472.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
		1) стафилококк
		2) стрептококк
		3) грибы рода candida
		4) helicobacter pylori
		5) энтерококк
473.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЛОРОСТЕНОЗА
		1) рвота кофейной гущей
		2) мелена
		3) рвота к вечеру утренней пищей
		4) похудание, нарастание анемии
		5) интенсивные боли опоясывающего характера
474.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
		1) рвота кофейной гущей
		2) рвота к вечеру утренней пищей
		3) похудание, нарастание анемии
		4) интенсивные боли опоясывающего характера
		5) мелена
475.	ПК-8 ОПК-7	К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ
		1) омепразол
		2) зантак
		3) протаб
		4) смекта
		5) энпростил
476.	ПК-8 ОПК-7	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ
		1) панкреатин
		2) метронидазол
		3) атропин
		4) сукральфат
477.	ПК-8 ОПК-7	ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ
		1) панкреатин
		2) метоклопрамид
		3) кларитромицин
		4) дротаверин
478.	ПК-8	ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ

	ОПК-7	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ
		1) панкреатина
		2) метоклопрамида
		3) де-нола
		4) метронидазола
479.	ПК-6 ОПК-5	ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) особенности болевого синдрома
		2) отсутствие сезонности обострений
		3) диагностика <i>Helicobacter pylori</i>
		4) астеноневротический
480.	ПК-5 ОПК-4	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА А
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
481.	ПК-5 ОПК-4	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА В
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
482.	ПК-5 ОПК-4	ВЫБЕРИТЕ СИНОНИМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ТИПА С
		1) неатрофический
		2) аллергический
		3) атрофический
		4) реактивный рефлюкс-гастрит
483.	ПК-5 ОПК-4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка
		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
484.	ПК-5 ОПК-4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка
		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
485.	ПК-5 ОПК-4	ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ХИМИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка

		2) аутоиммунное поражение фундального отдела желудка
		3) повреждающее действие желчных кислот
		4) выраженная лимфоцитарная инфильтрация эпителия
486.	ПК-6 ОПК-5	ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА
		1) болевой
		2) желудочной диспепсии
		3) кишечной диспепсии
		4) астеноневротический
487.	ПК-6 ОПК-5	КРИТЕРИИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ФУНДАЛЬНОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) может быть тип А
		2) ассоциирован с <i>Helicobacter pylori</i>
		3) последствие воздействия эндогенных факторов
		4) аутоиммунный характер поражения
488.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ 2-ЛЕТНЕЙ РЕМИССИИ ВОЗНИК РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЕЙ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И РВОТОЙ КИСЛЫМ СОДЕРЖИМЫМ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ ПРЕДПОЧТЕТЕ, НАРЯДУ С ДИЕТОЙ И РЕЖИМОМ
		1) церукал
		2) промедол
		3) атропин
		4) анальгин
489.	ПК-6 ОПК-5	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль, не связанная с приемом пищи
		3) острая «кинжальная» боль
		4) боли через 30 мин после еды
490.	ПК-5 ОПК-4	КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
		3) постоянная тупая боль, не связанная с приемом пищи
		4) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		5) боли через 30 мин после еды
491.	ПК-8 ОПК-7	ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ СХЕМА

		ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) омепразол+амоксциллин+кларитромицин
		2) омепразол+амоксциллин+де-нол
		3) омепразол+амоксциллин+платифиллин
		4) омепразол+амоксциллин+фамотидин
492.	ПК-8 ОПК-7	ДЛЯ ПРЕПАРАТА ФАМОТИДИН ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик
493.	ПК-8 ОПК-7	ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ
		1) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов
		2) холинолитик
		3) ингибитор протонной помпы
		4) антацид
		5) спазмолитик
494.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ПОЯВИЛИСЬ ПОЧТИ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ
		1) стеноз привратника
		2) пенетрация
		3) малигнизация
		4) перфорация
		5) демпинг-синдром
495.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СЕКРЕТОРНО-КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА
		1) хронический антрум-гастрит
		2) хронический атрофический гастрит
		3) хронический гипертрофический гастрит
		4) синдром Золлингера - Эллисона
		5) при всех указанных формах
496.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
		1) рентгенологический
		2) эндоскопический
		3) кал на скрытую кровь
		4) желудочный сок с гистамином
		5) эндоскопия с биопсией
497.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ

		ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ "ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ", РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО
		1) пенетрация
		2) перфорация
		3) кровотечение
		4) стеноз привратника
		5) малигнизация
498.	ПК-5 ОПК-4	СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ
		1) перфорацией
		2) кровотечением
		3) пенетрацией
		4) малигнизацией
		5) ничем из названного
499.	ПК-6 ОПК-5	К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ
		1) хронический гастрит
		2) язвенная болезнь желудка
		3) язвенная болезнь 12-перстной кишки
		4) холецистит
		5) панкреатит
500.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
		1) атропин
		2) натуральный желудочный сок
		3) альмагель
		4) гастросидин
		5) гистамин
501.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ
		1) бетацид
		2) панзинорм
		3) фамотидин
		4) преднизолон
		5) натуральный желудочный сок
502.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЛОКИРУЕТ H ₂ -ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ
		1) димедрол
		2) метацин
		3) альмагель
		4) атропин

		5) фамотидин
503.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) регионарные лимфоузлы
		2) печень
		3) вирховская железа
		4) дугласово пространство
		5) легкие
504.	ПК-8 ОПК-7	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
		1) холинолитики
		2) симпатомиметики
		3) полусинтетические пенициллины
		4) H ₂ -гистаминовые блокаторы
		5) висмутсодержащие препараты (де-нол)
505.	ПК-5 ОПК-4	ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ
		1) с непереносимостью жиров
		2) после вирусного гепатита
		3) аллергией к йоду
		4) с желчнокаменной болезнью
		5) в любом из перечисленных случаев
506.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО
		1) приступы желчной колики
		2) нарушение стула
		3) диспепсический синдром
		4) утолщение стенки желчного пузыря на УЗИ
507.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
508.	ПК-8 ОПК-7	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) платифиллин
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
509.	ПК-5	БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ОБЛАСТИ ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО

	ОПК-4	ПУЗЫРЯ ПРИ ВДОХЕ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
		5) симптом Кача
510.	ПК 8 ОПК-7	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк
511.	ПК 5 ОПК-4	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ
		1) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку при нарушении диеты
512.	ПК 5 ОПК-4	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПОКОЛАЧИВАНИИ ПО ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГЕ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
513.	ПК 5 ОПК-4	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ НЕРВ МЕЖДУ НОЖКАМИ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ
		1) симптом Кера
		2) симптом Ортнера
		3) симптом Лепене
		4) симптом Мюсси
514.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ КАКОГО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН КОЖНЫЙ ЗУД
		1) воспалительный
		2) диспепсический
		3) болевой
		4) холестатический
515.	ПК-8 ОПК-7	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

		1) сорбит
		2) но-шпа
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
516.	ПК-5 ОПК-4	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСКИНЕЗИИ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
517.	ПК-8 ОПК-7	В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) H2-блокаторы гистамина
		2) спазмолитические средства
		3) беззондовые тюбажи
		4) хирургическое лечение
518.	ПК-8 ОПК-7	В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) холекинетики
		2) спазмолитики
		3) хирургическое лечение
		4) антациды
519.	ПК-8 ОПК-7	К ХОЛЕКИНЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
520.	ПК-8 ОПК-7	К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
521.	ПК-8 ОПК-7	РАСТВОРЕНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЕТ
		1) урсофальк
		2) ксилит
		3) аллохол
		4) панкреатин
522.	ПК-5 ОПК-4	РЕШАЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

		КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА
		1) дуоденальное зондирование
		2) УЗИ
		3) холецистография
		4) рентгеноскопия желудка
		5) ретроградная панкреато-холангиография
523.	ПК -6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ
		1) симптом Мюссе
		2) симптом Менделя
		3) симптом Щеткина-Блюмберга
		4) симптом Мейо-Робсона
		5) симптом Кера
524.	ПК -5 ОПК-4	ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ ХАРАКТЕРНО
		1) смена поносов запорами
		2) изжога
		3) боли в левом подреберье
		4) плохая переносимость жирной пищи
		5) ничего из перечисленного
525.	ПК -8 ОПК-7	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
		1) атропин
		2) папаверин
		3) нитроглицерин
		4) морфин
		5) анальгин
526.	ПК -6 ОПК-5	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛАНГИТА
		1) боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошнота, рвота
		2) приступ боли в правом подреберье с развитием желтухи, появлением обесцвеченного кала, темной мочи
		3) кратковременная боль в эпигастрии, рвота, понос
		4) фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
		5) тупые боли в правом подреберье, отрыжка горечью
527.	ПК -8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
		1) аллохол
		2) платифиллин
		3) сульфат магния
		4) урсофальк

528.	ПК- 8 ОПК-7	БОЛЬНАЯ 60 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ КОНКРЕМЕНТОВ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ
		1) спазмолитики
		2) β -блокаторы
		3) антибиотики
		4) холеретики
		5) холекинетики
529.	ПК- 5 ОПК-4	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) желчно-каменная болезнь
		2) псевдокисты поджелудочной железы
		3) злоупотребление алкоголем
		4) алиментарный фактор
530.	ПК- 5 ОПК-4	ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
		1) схваткообразная боль в правом подреберье при нарушении диеты
		2) постоянная боль в правом подреберье, не связанная с приемом пищи
		3) боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды
		4) боль носит «опоясывающий» характер
531.	ПК- 5 ОПК-4	ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) желчно-каменная болезнь
		2) псевдокисты поджелудочной железы
		3) злоупотребление алкоголем
		4) алиментарный фактор
532.	А/02.7 ПК- 5 ОПК-4	ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ
		1) панкреозиминовый тест
		2) тест Шиллинга
		3) тест на толерантность к глюкозе
		4) проба Ласуса
533.	ПК- 5 ОПК-4	ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень амилазы крови и мочи
		3) уровень щелочной фосфатазы
		3) гипергликемия

534.	ПК- 5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кольцевидная эритема
		2) пятна Лукина
		3) симптом «рубиновых капелек»
		4) узелки Ослера
535.	ПК- 6 ОПК-5	СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ
		1) хроническом панкреатите
		2) хроническом холецистите
		3) хроническом гастрите
		4) хроническом гепатите
536.	ПК-8 ОПК-7	В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
		1) бускопана
		2) креона
		3) панкреатина
		4) фестала
537.	ПК- 8 ОПК-7	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ПРОТЕОЛИЗА ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) контрикал
		2) креон
		3) фестал
		4) платифиллин
538.	ПК- 8 ОПК-7	С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
		1) кетонал
		2) креон
		3) церукал
		4) фестал
539.	ПК- 8 ОПК-7	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОНТРИКАЛА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой синдром
		2) диспепсический синдром
		3) гиперферментемия
		4) гипергликемия
540.	ПК- 5 ОПК-4	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
541.	ПК -5	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

	ОПК-4	ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) креаторея, стеаторея, снижение массы тела
		2) боли в левом подреберье, лейкоцитоз
		3) гипергликемия
		4) желтуха, гипербилирубинемия
542.	ПК-8 ОПК-7	ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
		1) контрикала
		2) креона
		3) сандостатина
		4) инсулина
543.	ПК-5 ОПК-4	МЕТОД ОЦЕНКИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) секретин-панкреозиминовый тест
		2) определение радиоиммунного инсулина в крови
		3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
		4) ангиография поджелудочной железы
544.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА ОБЛЕГЧАЕТ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
		1) лежа на левом боку
		2) лежа на правом боку
		3) коленно-локтевое положение
		4) лежа на спине
545.	ПК-8 ОПК-7	ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) фосфалюгель
		2) платифиллин
		3) сандостатин
		4) трасилол
		5) квамател
546.	ПК-8 ОПК-7	В БОРЬБЕ С БОЛЬЮ ПРИ ХП НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ
		1) кетонал
		2) трамадол
		3) баралгин
		4) морфий
547.	ПК-5 ОПК-4	ВЫДЕЛИТЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ТОТ, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩАЯ ФОРМА ПАНКРЕАТИТА
		1) наличие кист в поджелудочной железе
		2) злоупотребление алкоголем
		3) желчнокаменная болезнь
		4) тнаследственность

		5) инфицирование вирусом эпидемического паротита
548.	ПК- 6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) рвота
		2) изжога
		3) отрыжка
		4) боль
		5) метеоризм
549.	ПК -5 ОПК-4	ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ ОБ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) кальцификация поджелудочной железы при УЗИ
		2) повышение эхогенности поджелудочной железы при УЗИ
		3) нарушение толерантности к глюкозе
		4) гиперамилазурия
550.	ПК -8 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ С НАИБОЛЬШЕЙ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) фестал
		2) панкреатин
		3) креон
		4) мезим
551.	ПК- 6 ОПК-5	СОГЛАСНО МАРСЕЛЬСКО-РИМСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХП (1988) РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ
		1) кальцифицирующий
		2) обструктивный
		3) фиброзно-индуративный
		4) псевдотуморозный панкреатит
		5) верно 1,2,3
552.	ПК- 8 ОПК-7	БЛОКАТОРОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) гастрин
		2) секретин
		3) соматостатин
		4) холецистокинин
		5) инсулин
553.	ПК- 5 ОПК-4	ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение секреции желудочного сока
		2) повышение кислотности желудочного сока
		3) активация ферментов в ткани поджелудочной железы и аутолиз
		4) повышенная выработка желчи и дуодено-гастральный рефлюкс
554.	ПК- 5 ОПК-4	ИЗ КОЖНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ ХП ХАРАКТЕРНЫ
		1) сосудистые звездочки
		2) ксантомы

		3) "рубиновые капельки"
		4) следы расчесов
		5) желтушность
555.	ПК -6 ОПК-5	ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХП ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) сдавление общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы
		2) повышенный гемолиз
		3) дуодено-гастральный рефлюкс желчи
		4) развитие гепатита
		5) развитие холангита
556.	ПК -8 ОПК-7	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПОДАВЛЯЮТ СЕКРЕЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) H ₂ -блокаторы
		4) трасилол, контрикал
		5) октреотид, сандостатин
557.	ПК -8 ОПК-7	ДИЕТА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ
		1) белковая
		2) углеводная
		3) жировая
		4) голод
558.	ПК -6 ОПК-5	ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ
		1) сдавление общего желчного протока головкой поджелудочной железы
		2) повышенный гемолиз
		3) реактивный гепатит
		4) присоединение желчнокаменной болезни
		5) синдром Жильбера
559.	ПК -5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) лейкоцитоз
		2) уровень аминотрансфераз крови
		3) уровень амилазы крови и мочи
		4) уровень щелочной фосфатазы
		5) гипергликемия
560.	ПК -8 ОПК-7	КАКОЕ СРЕДСТВО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) антациды
		2) холинолитики
		3) фамотидин

		4) трасилол
		5) тразикор
561.	ПК- 8 ОПК-7	СРЕДСТВО, ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
		1) альмагель
		2) платифиллин
		3) фестал
		4) трасилол
		5) мезим
562.	ПК- 6 ОПК-5	ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ - ДИФфуЗНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕЧЕНИ. ПРОДОЛЖАЮЩИЙСЯ БОЛЕЕ
		1) 3 месяцев
		2) 6 месяцев
		3) 12 месяцев
		4) 3-х лет
563.	ПК -5 ОПК-4	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО
		1) формирование узлов регенерации
		2) нарушение архитектоники печени
		3) образование фиброзных септ
		4) воспалительная инфильтрация портальных полей
564.	ПК- 5 ОПК-4	ПРИЧИНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) повышенный распад эритроцитов
		2) отек головки поджелудочной железы
		3) обтурация желчного протока камнем
		4) образование преципитатов в протоках поджелудочной железы
565.	ПК -5 ОПК-4	ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКИХ СРЕДСТВ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА УВЕЛИЧИВАЕТ СЕКРЕЦИЮ СОКА И БИКАРБОНАТОВ
		1) холецистокинина
		2) секретина
		3) атропина
		4) молока
		5) аскорбиновой кислоты
566.	ПК -6 ОПК-5	ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
		1) при язвенной болезни
		2) при желчнокаменной болезни
		3) при постгастрорезекционном синдроме
		4) при хроническом колите
		5) при лямблиозе
567.	ПК- 8 ОПК-7	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ
		1) углеводы

		2) белки
		3) жиры
		4) жидкость
		5) минеральные соли
568.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ СУЩЕСТВЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
		1) секретин-панкреозимин-тест
		2) сцинтиграфия поджелудочной железы
		3) определение жира в кале
		4) все перечисленные методы
		5) ни один из перечисленных
569.	ПК-5 ОПК-4	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
570.	ПК-5 ОПК-4	В ФАЗУ ВИРУСНОЙ РЕПЛИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В МАРКЕРОМ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) HBeAg
		2) HBsAg
		3) HBcAg
		4) HCV
571.	ПК-5 ОПК-4	АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
		1) выраженностью фиброза
		2) уровнем трансаминаз
		3) уровнем билирубина
		4) уровнем СОЭ
572.	ПК-6 ОПК-5	СПЕЦИФИЧНЫМ СИНДРОМОМ ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) болевой
		2) диспепсический
		3) цитолитический
		4) астено-вегетативный
573.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ.
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глутаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина

574.	ПК-5 ОПК-4	ДЛЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ,
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глутаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
575.	ПК-6 ОПК-5	МАЛОСИМПТОМНОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
		1) хронического вирусного гепатита В
		2) хронического вирусного гепатита С
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
576.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) левамизол
		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) лактулоза
577.	ПК-6 ОПК-5	РАЗВИТИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПРИ
		1) хроническом вирусном гепатите В
		2) хроническом вирусном гепатите С
		3) хроническом вирусном гепатите В+С
		4) хроническом аутоиммунном гепатите
578.	ПК-8 ОПК-7	КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ЯВЛЯЕТСЯ
		1) снижение гиперферментемии
		2) уменьшение клинических симптомов
		3) элиминация сывороточной HDV-ДНК
		4) элиминация сывороточной HCV-ДНК
579.	ПК-8 ОПК-7	УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
580.	ПК-8 ОПК-7	АДЕМЕТИОНИН (ГЕПТРАЛ) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее

581.	ПК-8 ОПК-7	ЛАКТУЛОЗА (ДЮФАЛАК) ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
582.	ПК-8 ОПК-7	ЛАМИВУДИН ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) холелитолитическое
		3) противовирусное
		4) детоксицирующее
583.	ПК-8 ОПК-7	ЭКСТРАКТ ПЛОДОВ РАСТОРОПШИ ПЯТНИСТОЙ ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ
		1) гипоаммониемическое
		2) иммуносупрессивное
		3) гепатопротективное
		4) детоксицирующее
584.	ПК-8 ОПК-7	ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАКОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АЗАТИОПРИН
		1) хронического вирусного гепатита В
		2) хронического вирусного гепатита С
		3) хронического вирусного гепатита D
		4) хронического аутоиммунного гепатита
585.	ПК-8 ОПК-7	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ОКАЗЫВАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
		1) метотрексат
		2) преднизолон
		3) интерферон α
		4) лактулоза
586.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
		1) цитолитический
		2) холестатический
		3) портальной гипертензии
		4) диспепсический
587.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ОТЛИЧАЕТ ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ОТ ВТОРИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) цитолитический синдром
		2) холестатический синдром
		3) синдром портальной гипертензии
		4) образование аутоантител к мембране клеток желчных протоков
588.	ПК-5 ОПК-4	КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

		1) биопсия
		2) сканирование
		3) компьютерная томография
		4) обследование на маркеры вирусных гепатитов
589.	ПК -6 ОПК-5	КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ОТРАЖАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ
		1) геморрой
		2) асцит
		3) желтуха
		4) спленомегалия
590.	ПК -5 ОПК-4	ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ В БИОПТАТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТЕЛЫЦА МАЛЛОРИ
		1) алкогольной
		2) аутоиммунной
		3) вирусной
		4) лекарственной
591.	ПК -8 ОПК-7	ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ
		1) жиры
		2) белки
		3) углеводы
		4) минеральные соли
592.	ПК -6 ОПК-5	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСИТСЯ
		1) асцит, спленомегалия, «голова медузы»
		2) полиурия, гипотония, брадикардия
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, кожный зуд, телеангиэктазии
593.	ПК -5 ОПК-4	ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
		1) билирубин, ПТИ, альбумин
		2) билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза
		3) трансаминазы, фибриноген
		4) α-фетопроtein, щелочная фосфатаза
594.	ПК -6 ОПК-5	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) спленомегалия, снижение массы тела
		2) желтуха, гепатомегалия
		3) петехии, лихорадка, гепато-спленомегалия
		4) асцит, энцефалопатия
595.	ПК -6 ОПК-5	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕПАТО-РЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ
		1) олигурия, азотемия
		2) гематурия, никтурия

		3) поллакиурия, полиурия
		4) протеинурия, нефротический синдром
596.	ПК -5 ОПК-4	ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) повышение ПТИ
		2) повышение щелочной фосфатазы
		3) повышение γ -глутамилтранспептидазы
		4) повышение α -фетопротеина
597.	ПК -8 ОПК-7	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) лапароцентез
		2) ограничение белка, назначение диуретиков
		3) проведение форсированного диуреза
		4) ограничение соли и жидкости, введение альбумина, назначение диуретиков
598.	ПК -5 ОПК-4	НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ
		1) 5,0-20,5 мкмоль/л
		2) 0,5-5, 0 мкмоль/л
		3) 10,0-15,0 мкмоль/л
		4) 20,5-40,1 мкмоль/л
599.	ПК -6 ОПК-5	ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
600.	ПК -6 ОПК-5	ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, спленомегалия, увеличение непрямого билирубина
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье
		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
601.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня γ -глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, γ -глутаматтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина
602.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО
		1) желтуха, кожный зуд, снижение массы тела
		2) желтуха, кожный зуд, положительный симптом Курвуазье

		3) желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
		4) желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
603.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) холедохолитиаз
		2) стриктура Фатерова соска
		3) рак головки поджелудочной железы
		4) ничего из перечисленного
		5) все вышеназванное
604.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ, g-глутаматтранспептидазы, повышение b-липопротеидов, гиперхолестеринемия, гипербилирубинемия
		3) снижение уровня холинэстеразы, протромбина, общего белка и особенно альбуминов, холестерина, гипербилирубинемия
		4) повышение уровня g-глобулинов, изменение белково-осадочных проб, повышение уровня иммуноглобулинов
		5) повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня холинэстеразы, повышение уровня g-глобулинов, гипербилирубинемия
605.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ
		1) желтуха
		2) бугристая печень
		3) повышение уровня аминотрансфераз
		4) отсутствие в крови а-фетопroteина
		5) повышение уровня билирубина
606.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ
		1) гемолизом
		2) кровопотерей из расширенных вен пищевода
		3) гиперспленизмом
		4) нарушением всасывания железа
		5) синдромом холестаза
607.	ПК-6 ОПК-5	ЖЕНЩИНА 35 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД. БОЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ПЛОТНАЯ УВЕЛИЧЕННАЯ ПЕЧЕНЬ, ВЫСТУПАЮЩАЯ ИЗ-ПОД КРАЯ РЕБЕРНОЙ ДУГИ НА 10СМ. БИЛИРУБИН - 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

		1) портальный цирроз печени
		2) хронический активный гепатит
		3) гемолитическая желтуха
		4) билиарный цирроз печени
		5) острый вирусный гепатит
608.	ПК-6 ОПК-5	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ
		1) на кровоточащую язву 12-перстной кишки
		2) на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
		3) на тромбоз мезентериальной артерии
		4) на неспецифический язвенный колит
		5) на кровоточащие язвы желудка
609.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) хронический вирусный гепатит с выраженной активностью
		4) желчно-каменная болезнь
		5) цирроз печени
610.	ПК-6 ОПК-5	У БОЛЬНОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ УХУДИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ: ПОЯВИЛАСЬ СОНЛИВОСТЬ, СПУТАННОЕ СОЗНАНИЕ, УСИЛИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, УМЕНЬШИЛАСЬ В РАЗМЕРАХ ПЕЧЕНЬ. ИЗО РТА СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ. ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ, АРЕФЛЕКСИЯ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАЗВИЛОСЬ У БОЛЬНОГО
		1) холестаз
		2) печеночная кома
		3) желудочно-кишечное кровотечение
		4) портальная гипертензия
		5) гепато-ренальный синдром
611.	ПК-10 ОПК-7	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ КЛАССИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИММУНОДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) вторичный билиарный цирроз
		2) хронический высокой активности гепатит
		3) хронический минимальной активности гепатит
		4) новообразование печени
		5) ни одно из перечисленных состояний
612.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ
		2) повышение уровня g-глобулинов, СРБ, СОЭ
		3) повышение уровня щелочной фосфатазы, g- глутамилтранспептидазы, холестерина
		4) снижение уровня протромбина, общего белка и особенно

		альбуминов, холестерина
613.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА
		1) вирусный гепатит в анамнезе
		2) данные гистологического исследования печени
		3) выявление в сыворотке крови австралийского антигена
		4) периодический субфебрилитет, иктеричность, боли в правом подреберье, умеренная гепатомегалия
		5) выявление в сыворотке α -фетопротеина
614.	ПК-6 ОПК-5	ПОДБЕРИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
		1) раннее развитие желтухи и позднее портальной гипертензии
		2) раннее поражение ЦНС
		3) раннее развитие портальной гипертензии и позднее желтухи и печеночной недостаточности
		4) наличие антимитохондриальных антител и увеличение активности ЩФ
		5) пигментация кожи и увеличение уровня железа в крови
615.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ КАКОГО ВИДА ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНА ТОЛЬКО ПРЯМАЯ (КОНЬЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ
		1) гемолитическая
		2) печеночно-клеточная
		3) механическая
		4) при внутрипеченочном холестазах
		5) при нарушении захвата и связывания билирубина
616.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА
		1) наследственный сфероцитоз
		2) синдром Жильбера
		3) холедохолитиаз
		4) хронический гепатит высокой активности
		5) опухоль pancreas
617.	ПК-6 ОПК-5	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ
		1) бромсульфалеиновой пробы
		2) уровня γ -глобулинов
		3) уровня aminotransferases
		4) уровня ЩФ
		5) уровня кислой фосфатазы
618.	ПК-6 ОПК-5	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ
		1) наличием цитолитического синдрома
		2) наличием холестатического синдрома
		3) наличием портальной гипертензии

		4) наличием синдрома холемии
		5) наличием паренхиматозной желтухи
619.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА
		1) тяжесть в эпигастрии
		2) боли в правом подреберье с иррадиацией в спину
		3) горечь во рту
		4) опоясывающие боли
		5) дисфагию
620.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО
		1) повышение активности АСТ, АЛТ, ЛДГ
		2) повышение уровня ЩФ
		3) снижение уровня протромбина
		4) изменение белково-осадочных проб
		5) положительная реакция Кумбса
621.	ПК-6 ОПК-5	ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТ ПРОЧИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) значительное увеличение печеночных ферментов
		2) гистологические изменения
		3) иммунологические показатели
		4) гепатомегалия
		5) желтуха
622.	ПК-6 ОПК-5	В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) уровень альбуминов
		2) уровень билирубина
		3) тимоловая проба
		4) уровень трансаминаз
		5) ни один из перечисленных тестов
623.	ПК-6 ОПК-5	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
		1) кровоточивость десен
		2) увеличение селезенки
		3) кожный зуд
		4) повышение АСТ и АЛТ
		5) снижение уровня холинэстеразы
624.	ПК-10 ОПК-7	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ
		1) глюкокортикоиды и липоевая кислота
		2) декарис и интерферон
		3) делагил и витамины группы В
		4) глютаминовая кислота и декарис

		5) глюкокортикоиды и азатиоприн
625.	ПК-6 ОПК-5	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
		1) увеличение уровня g-глобулинов
		2) снижение уровня липопротеидов
		3) повышение ЩФ
		4) повышение уровня АСТ и АЛТ
		5) снижение уровня кислой фосфатазы
626.	ПК-6 ОПК-5	АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
		1) вторичного гиперальдостеронизма
		2) гипоальбуминемии
		3) портальной гипертензии
		4) все перечисленное
		5) ничего из перечисленного
627.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ РАНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
		1) диспепсический
		2) астенический
		3) портальная гипертензия
		4) холестаз
		5) печеночная недостаточность
628.	ПК-6 ОПК-5	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
		1) острых гепатитах
		2) хронических гепатитах
		3) циррозах печени
		4) болезнях накопления
		5) болезнях крови
		6) при всех вышеперечисленных состояниях
629.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ХАРАКТЕРНО
		1) асцит, спленомегалия, «голова медузы»
		2) анемия, тромбоцитопения
		3) инверсия сна, раздражительность
		4) желтуха, гипербилирубинемия
630.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
		1) повышение уровня только непрямого билирубина
		2) повышение уровня только прямого билирубина
		3) повышение уровня обеих фракций в зависимости от преобладания механизма обмена билирубина в печени
631.	ПК-10 ОПК-7	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
		1) азатиоприм

		2) эссенциале
		3) интерферон α
		4) гептрал
		5) преднизолон
632.	ПК-6 ОПК-5	ВИРУС ГЕПАТИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАННЫЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ
		1) HBV
		2) HCV
		3) HDV+ HBV
		4) HGV
		5) нет четкой закономерности
633.	ПК-10 ОПК-7	ПРЕПАРАТ СНИЖАЮЩИЙ РЕФЛЮКС
		1) атропин
		2) метацин
		3) мотилюм
		4) гордокс
		5) папаверин
634.	ПК-10 ОПК-7	В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИЕЙ, НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ
		1) баралгин
		2) трасилол (гордокс, контрикал)
		3) блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
		4) жидкие антациды
		5) фестал
635.	ПК-5 ОПК-4	К ИНДИКАТОРНЫМ ФЕРМЕНТАМ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ
		1) ЛДГ, АСТ, АЛТ
		2) фруктозо-1-6-дифосфатаьдолаза
		3) церулоплазмин
		4) холинэстераза
		5) урокиназа
636.	ПК-6 ОПК-5	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПРИ
		1) застойной печени
		2) острых гепатитах, хронических заболеваниях печени в период активности
		3) циррозах печени
		4) хроническом персистирующем гепатите
637.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИМЕЕТСЯ РИСК ЕЕ ПЕРЕДАЧИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
		1) HBV
		2) HCV

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

	ОПК-5	АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ
		1) повышение креатинина и мочевины крови
		2) повышение калия плазмы
		3) гиперпротеинемия
		4) повышение натрия плазмы
645.	ПК-6 ОПК-5	СРЕДИ ЭКЗОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) гиподинамия
		2) травматическое воздействие
		3) охлаждение
		4) лучевое поражение
		5) избыточное употребление поваренной соли с пищей
		6) амилоидоз почек
646.	ПК-6 ОПК-5	УКАЖИТЕ СРОКИ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА, ПОСЛЕ КОТОРОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ НЕФРИТА
		1) 1-2 дня
		2) 2-3 недели
		3) 2-3 месяца
		4) 10-12 часов
		5) 3-4 часа
647.	ПК-10 ОПК-7	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ОЛГИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 200 МЛ. СКОЛЬКО ЖИДКОСТИ МОЖНО ВВОДИТЬ БОЛЬНОМУ
		1) 1500мл
		2) 200мл
		3) 500мл
		4) 700мл
		5) 2000мл
648.	ПК-6 ОПК-5	ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОТЁКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
		1) нижние конечности
		2) живот
		3) область поясницы
		4) лицо
		5) задняя поверхность туловища
649.	ПК-6 ОПК-5	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ
		1) гипертонический
		2) латентный
		3) гематурический
		4) нефротический
		5) смешанный
650.	ПК-6	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ

	ОПК-5	КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН
		1) проба по Нечипоренко
		2) проба Зимницкого
		3) проба Реберга-Тареева
		4) проба Алдиса-Каковского
		5) проба Амбурже
651.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ
		1) величины суточной протеинурии
		2) уровня креатинина сыворотки крови
		3) уровня холестерина сыворотки
		4) величины канальцевой реабсорбции
		5) все неверно
652.	ПК-6 ОПК-5	КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ХГН, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ЧАСТЫМ
		1) гематурический
		2) латентный
		3) нефротический
		4) гипертонический
		5) смешанный
653.	ПК-6 ОПК-5	«ТРИАДА СИМПТОМОВ БРАЙТА» ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
		1) отеки, гипертонию, гематурию
		2) отеки, протеинурию, цилиндрурию
		3) протеинурию, цилиндрурию, гематурию
		4) гипертонию, протеинурию, лейкоцитурию
654.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ
		1) олигурия и гипостенурия
		2) полиурия и гипостенурия
		3) полиурия и высокая относительная плотность мочи
		4) олигурия и высокая относительная плотность мочи
655.	ПК-5 ОПК-4	«ЛИЦО НЕФРИТИКА» - ЭТО
		1) отеки на лице и цианоз кожи
		2) отеки на лице и желтушность кожи
		3) отеки на лице и бледность кожи
		4) отеки на лице и гиперемия кожи
656.	ПК -10 ОПК-7	ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ
		1) глюкокортикостероиды+цитостатики+ антикоагулянты+ дезагреганты
		2) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+ фибринолитики
		3) глюкокортикостероиды+диуретики+ антикоагулянты+

		гипотензивные
		4) глюкокортикостероиды+цитостатики+ диуретики+гипотензивные
657.	ПК-6 ОПК-5	ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) исследование микроальбуминурии
		2) биопсия почки
		3) компьютерная томография почек
		4) радиоизотопная ренография
658.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО
		1) оценка СКФ по формуле MDRD
		2) проба Реберга Тереева
		3) оценка протеинурии
		4) проба Зимницкого
659.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) выделяют гипертоническую форму острого гломерулонефрита
		2) синдром артериальной гипертензии связан с задержкой натрия и воды
		3) синдром артериальной гипертензии обусловлен гиперкалиемией
		4) в лечении необходимо назначение индометацина
660.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) выделяют гипертоническую форму хронического гломерулонефрита
		2) синдром артериальной гипертензии связан с задержкой натрия и воды
		3) синдром артериальной гипертензии обусловлен гиперкалиемией
		4) в лечении необходимо назначение индометацина
661.	ПК-6 ОПК-5	СРЕДИ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
		1) курение
		2) гиперлипидемия
		3) переохлаждение
		4) пол
662.	ПК -10 ОПК-7	НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
		1) рамиприл
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) цефтираксон
663.	ПК -10 ОПК-7	НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
		1) верапамил
		2) азатиоприн

		3) циклофосфан
		4) гентамицин
664.	ПК -10 ОПК-7	НАИБОЛЬШИМ НЕФРОТОКСИЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
		1) гентамицин
		2) кларитромицин
		3) аспирин
		4) ампициллин
665.	ПК -10 ОПК-7	ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) латентная форма
		2) гипертоническая форма
		3) гематурическая форма
		4) нефротическая форма
666.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ХПН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) повышение уровня креатинина крови
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
667.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОПН ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) артериальная гипертензия
		2) отеки
		3) олигурия
		4) выраженная протеинурия
668.	ПК-6 ОПК-5	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) рези при мочеиспускании
		2) моча цвета «мясных помоев»
		3) артериальная гипотензия
		4) гиперлипидемия
669.	ПК-6 ОПК-5	МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРИ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕМ (ПОДОСТРОМ) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРНО
		1) мембранозный гломерулонефрит
		2) гломерулонефрит «с полулуниями»
		3) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
		4) гломерулонефрит с минимальными изменениями
670.	ПК-6 ОПК-5	КАКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ
		1) нефротическая
		2) гематурическая
		3) гипертоническая
		4) смешанная

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

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

		5) анемия
684.	ПК -10 ОПК-7	ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) нефротический синдром
		2) артериальная гипертензия
		3) почечная недостаточность
		4) гематурия
		5) профилактика обострений
685.	ПК-6 ОПК-5	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА СО СЛЕДУЮЩИМ
		1) гиперволемией
		2) гипотонией
		3) гиперкалиемией
		4) протеинурией
		5) азотемией
686.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНО
		1) анемия
		2) олигоанурия
		3) артериальная гипертензия
		4) изогипостенурия
		5) все перечисленное
687.	ПК-6 ОПК-5	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) величины протеинурии
		2) клубочковой фильтрации
		3) креатинина сыворотки
		4) холестерина сыворотки
		5) канальцевой реабсорбции воды
688.	ПК-6 ОПК-5	ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ СПРАВЕДЛИВЫ УТВЕРЖДЕНИЯ
		1) в начальном периоде артериальная гипертензия развивается у всех больных
		2) назначение индометацина является обязательным
		3) наиболее частой формой болезни является нефротическая
		4) все перечисленное верно
		5) все перечисленное неверно
689.	ПК-6 ОПК-5	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ
		1) гиперволемия, задержка натрия и воды
		2) гиперренинемия
		3) повышение концентрации простагландинов
		4) спазм сосудов

690.	ПК -10 ОПК-7	К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ
		1) глюкокортикоиды
		2) дезагреганты
		3) цитостатики
		4) антикоагулянты
		5) гипотензивные
691.	ПК -10 ОПК-7	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) метаболический ацидоз
		2) анурия
		3) анасарка
		4) высокая гиперкалиемия
		5) тяжелая артериальная гипертензия
692.	ПК-6 ОПК-5	ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) отеки
		2) одышка
		3) гипертония
		4) гематурия
693.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ
		1) фибропластическом
		2) мезангиопиллярном
		3) фокальном сегментарном гломерулосклерозе
		4) мембранозном
		5) минимальных изменениях клубочков
694.	ПК -10 ОПК-7	НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ
		1) отеки
		2) наличие нефротического синдрома без выраженной гематурии и гипертонии
		3) артериальная гипертония
		4) макрогематурия
695.	ПК-6 ОПК-5	МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) иммунокомплексный
		2) антительный (антитела к базальной мембране почечных клубочков)
		3) токсическое повреждение почки
		4) дистрофические изменения почек
696.	ПК-6 ОПК-5	ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) эклампсия

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

		3) экскреторная урография
		4) скintiграфия
		5) пункционная биопсия почки
703.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ
		1) индометацин
		2) преднизолон
		3) азатиоприн
		4) делагил
		5) дипиридамоп
704.	ПК -10 ОПК-7	ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
		1) впервые выявленном ХГН
		2) протеинурии, превышающей 3 г/сут.
		3) высокой активности ГН
		4) начинающейся ХПН
		5) высоком уровне холестерина в крови
705.	ПК-6 ОПК-5	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХПН
		1) мембранозный
		2) мезангиопролиферативный
		3) фокально-сегментарный
		4) экстракапиллярный с полулуниями
706.	ПК-6 ОПК-5	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
		1) 10-12 дней
		2) 3-4 дня
		3) 1 неделя
		4) 1 месяц
		5) 2 месяца
707.	ПК-6 ОПК-5	ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
		1) пиурия
		2) дизурия
		3) лейкоцитурия
		4) протеинурия
708.	ПК-6 ОПК-5	ЛАТЕНТНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
		1) артериальной гипертензией
		2) отеками
		3) протеинурией
		4) выраженной гематурией
709.	ПК -10	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ

	ОПК-7	АНЕМИИ СВОДЯТСЯ
		1) к своевременному переливанию цельной крови
		2) к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
		3) к ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения - язвы, опухоли, воспаления, если это возможно
		4) к назначению препаратов железа перорально на длительный срок
		5) верно 3) и 4)
		6) верно все
710.	ПК -10 ОПК-7	БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ
		1) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления грудью
		2) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь
		3) перелить эритроцитарную массу перед родами
		4) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek
		5) верно все
711.	ПК-6 ОПК-6	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ НАЛИЧИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
		1) мишеневидные эритроциты
		2) микросфероцитоз
		3) снижение цветового показателя
		4) макроцитоз
		5) отсутствие ретикулоцитов
712.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ
		1) геморрагический
		2) синдром недостаточности антител
		3) синдром гиперспленизма
		4) сидеропенический
		5) нейтропенический
713.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ ЖДА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
		1) цитостатиками
		2) гормонами
		3) препаратами железа
		4) переливания эритроцитарной массы
		5) стимуляторами гемопоэза (вит. В ₁₂)
714.	ПК-6 ОПК-5	ВЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА
		1) запасы железа одинаково легко восполняются при назначении препаратов железа парентерально и внутрь
		2) в состав гемоглобина входит менее трети общего количества железа в организме
		3) освобождающееся из разрушенных эритроцитов железо главным образом выделяется с мочой
		4) за сутки всасывается в среднем 10 - 15 мг железа

		5) при беременности суточная потребность в железе возрастает
715.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
		1) гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
		2) гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
		3) гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
		4) гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая
716.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ДИАГНОЗА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ
		1) снижение гематокрита
		2) снижение цветового показателя
		3) снижение гемоглобина
		4) снижение количества лейкоцитов
		5) гипербилирубинемия
717.	ПК-6 ОПК-5	НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
		1) цветовой показатель 0,7
		2) гипохромия эритроцитов
		3) микроцитоз
		4) анизо-пойкилоцитоз
		5) гиперсегментация ядер нейтрофилов
718.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) кровопотеря
		2) глистная инвазия
		3) врожденный дефицит железа
		4) авитаминоз
		5) недостаточное поступление железа с пищей
719.	ПК-6 ОПК-5	НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ОРГАНИЗМОМ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА, СОДЕРЖИТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПРОДУКТЕ
		1) печени
		2) гранатах
		3) рыбе
		4) телятине
		5) орехах
720.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ
		1) имеется сидеробластоз костного мозга
		2) осмотическая резистентность эритроцитов снижена
		3) лечебный эффект дает назначение сырой печени
		4) снижен цветовой показатель, что сочетается с микроцитозом
		5) все перечисленное верно

721.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В ДОСТАТОЧНОЙ ДОЗЕ НА 7 - 10 ДНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) нормализация Нв
		2) восстановление содержания сывороточного железа
		3) исчезновение бледности и сухости кожи
		4) ретикулоцитарный криз
		5) улучшение аппетита
722.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО
		1) тошнота, рвота
		2) жжение в языке
		3) афтозный стоматит
		4) тяга к острой пище
723.	ПК-6 ОПК-5	ОСНОВНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ВСАСЫВАЕТСЯ
		1) в желудке
		2) в нисходящем отделе ободочной кишки
		3) в двенадцатиперстной и тощей кишках
		4) в подвздошной кишке
		5) верно: 1) и 3)
724.	ПК-5 ОПК-4	ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СИНДРОМА АНЕМИИ
		1) количество эритроцитов
		2) количество ретикулоцитов
		3) цветовой показатель
		4) уровень гемоглобина
		5) показатель гематокрита
725.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ПАРЕНТЕРАЛЬНО ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ
		1) синдрома нарушенного всасывания
		2) беременности
		3) уровне гемоглобина менее 90 г/л
		4) интенсивных занятий спортом
726.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА
		1) малоэффективны
		2) плохо всасываются
		3) окрашивают кал в черный цвет
		4) высокоаллергенны
727.	ПК -10 ОПК-7	ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА
		1) малоэффективны
		2) плохо всасываются

		3) окрашивают кал в черный цвет
		4) высокоаллергенны
728.	ПК -10 ОПК-7	ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) венофер
		3) тотема
		4) рекомбинантный эритропоэтин
729.	ПК -10 ОПК-7	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН
		1) сорбифер дурулес
		2) венофер
		3) тотема
		4) рекомбинантный эритропоэтин
730.	ПК-5 ОПК-4	СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА В НОРМЕ
		1) 100-120 г/л
		2) 120-140 г/л
		3) 12,5-30,4 мкмоль/л
		4) 20,5-50,5 мкмоль/л
731.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
732.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
733.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА
		1) 50-70г/л
		2) 70-90 г/л
		3) 90-110 г/л
		4) 110-130 г/л
734.	ПК-6 ОПК-5	УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) извращение вкуса и обоняния
		2) головокружение
		3) «ватность ног»
		4) ангулярный стоматит

735.	ПК-6 ОПК-5	УКАЖИТЕ СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
		1) извращение вкуса и обоняния
		2) головокружение
		3) «ватность ног»
		4) мелькание мушек перед глазами
736.	ПК-6 ОПК-5	СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
		1) всех видов анемий
		2) железодефицитной анемии
		3) мегалобластной анемии
		4) гемолитической анемии
737.	ПК-6 ОПК-5	ДЛЯ ЖДА ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИНДРОМ
		1) геморрагический
		2) синдром недостаточности антител
		3) синдром гиперспленизма
		4) сидеропенический
		5) нейтропенический
738.	ПК-5 ОПК-4	ЖЕЛЕЗО ЗАПАСОВ НАХОДИТСЯ В ОРГАНИЗМЕ В ВИДЕ
		1) трансферрина
		2) ферритина
		3) миоглобина
		4) гемоглобина
739.	ПК-5 ОПК-4	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ ТЕСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ
		1) определение уровня ферритина
		2) определение уровня гемоглобина
		3) расчет цветового показателя
		4) определение морфологии эритроцитов
740.	ПК-6 ОПК-5	ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ АЛИМЕНТАРНОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
		1) недостаточное употребление молочных продуктов
		2) недостаточное употребление овощей и фруктов
		3) вегетарианство
		4) высокая физическая активность
741.	ПК-6 ОПК-5	К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ
		1) макроцитоз
		2) мишеневидные эритроциты
		3) гипохромия
		4) тени Боткина-Гумпрехта
742.	ПК-6	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

	ОПК-5	ПОКАЗАНО
		1) стерильная пункция
		2) проба Кумбса
		3) определение «филадельфийской хромосомы»
		4) определение общей железосвязывающей способности сыворотки
743.	ПК-6 ОПК-5	СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОБУСЛОВЛЕН
		1) дефицитом тканевых ферментов (цитохромов)
		2) уменьшением синтеза миоглобина
		3) снижением гемоглобина
		4) снижением эритроцитов
744.	ПК-6 ОПК-5	СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
		1) обмороки
		2) мелькание мушек перед глазами
		3) дисфагия
		4) фуникулярный миелоз
745.	ПК -10 ОПК-7	К ПРЕПАРАТАМ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) фенюльс
		3) рекомбинантный эритропоэтин
		4) мальтофер
746.	ПК -10 ОПК-7	К ПРЕПАРАТАМ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ОТНОСИТСЯ
		1) сорбифер дурулес
		2) феррум лек
		3) рекомбинантный эритропоэтин
		4) мальтофер
747.	ПК-6 ОПК-5	НА ЭКГ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
		1) появление зубца Q
		2) депрессия сегмента ST
		3) отрицательный зубец T
		4) высокоамплитудный зубец T
748.	ПК -10 ОПК-7	ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА УСКОРЯЕТ
		1) кальций
		2) холестерин
		3) фосфорная кислота
		4) аскорбиновая кислота
749.	ПК-6 ОПК-5	К СИМПТОМАМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТНОСИТСЯ
		1) бледно- желтушный оттенок кожных покровов
		2) спленомегалия

		3) ангулярный стоматит
		4) пятна Рота
750.	ПК -10 ОПК-7	СОРБИФЕР-ДУРУЛЕС СОДЕРЖИТ В СОСТАВЕ 1 ТАБЛЕТКИ
		1) 100 мг железа (II)
		2) 50 мг железа (II)
		3) 10 мг железа (III)
		4) 100 мг железа (III)

Код компетенций	Вопросы к экзамену по дисциплине	
	ПК-5 (ПК-5.1, ПК-5.2, ПК-5.3, ПК-5.4, ПК-5.5, ПК-5.6) ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2, ПК-6.3, ПК-6.4, ПК-6.5, ПК-6.6) ПК-8 (ПК-8.1, ПК-8.2, ПК-8.3, ПК-8.4, ПК-8.5, ПК-8.6) ПК-10 (ПК-10.1, ПК-10.2, ПК-10.3, ПК-10.4, ПК-10.5) ПК-11 (ПК-11.1, ПК-11.2, ПК-11.3, ПК-11.4, ПК-11.5) ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4), ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-5.4, ОПК-5.5) ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-7.4)	
	1.	Башкирская школа терапевтов. История кафедры факультетской терапии БГМУ (1935 - 2021). Основные направления научной работы кафедры.
ПК-6	2.	Основы врачебной деонтологии и медицинской этики. Ятрогенные заболевания.
ПК-11, ОПК-7	3.	Анафилактический шок. Причины развития. Клиника, неотложная помощь.
ПК-8; ОПК-7	4.	Санаторно-курортное лечение при заболеваниях внутренних органов. Местные и российские санатории и курорты. Показания и противопоказания к лечению.
ПК-8; ОПК-7	5.	Физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях внутренних органов.
ПК-8; ОПК-7	6.	Диета при заболеваниях внутренних органов.
ПК-6; ОПК-5	7.	Пневмония. Этиология, патогенез. Классификация.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	8.	Внебольничная долевая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	9.	Внебольничная очаговая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-11, ОПК-7	10.	Осложнения пневмонии (легочные, внелегочные).

	Диагностика. Лечение.
ПК-6; ОПК-5	11.Особенности течения внутрибольничных, аспирационных пневмоний и пневмоний у лиц с иммунодефицитом.
ПК-11, ОПК-7	12.Инфекционно-токсический шок. Причины развития. Клинические проявления. Неотложная помощь.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	13.Хронический необструктивный бронхит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-6; ОПК-5	14.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология. Патогенез. Классификация.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	15.Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-6; ОПК-5	16.Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	17.Бронхиальная астма. Клиника. Методы диагностики.
ПК-10, ОПК-7	18.Астматический статус. Причины развития. Формы. Стадии. Принципы лечения.
ПК-8; ПК-10; ОПК-7	19.Современное лечение бронхиальной астмы в приступный и межприступный период.
ПК-5, ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	20.Инфекционные деструкции легких. Этиология, патогенез, классификация. Клиника абсцесса и гангрены легких. Диагностика. Осложнения. Лечение.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	21.Гипертоническая болезнь. Факторы риска, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8; ОПК-7	22.Современные методы лечения гипертонической болезни.
ПК-10, ОПК-7	23.Осложнения гипертонической болезни (сердечные, мозговые, почечные, аортальные). Неотложная помощь.
ПК-10, ОПК-7	24.Гипертонические кризы. Классификация. Клиника. Неотложная помощь.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	25. Атеросклероз. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-6; ОПК-5	26.ИБС. Факторы риска. Патогенез. Классификация.
ПК-11, ОПК-7	27.ИБС. Внезапная коронарная смерть (Первичная остановка сердца). Причины развития. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ОПК-7	28.ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. Классификация. Клиника. Лечение.
ПК-10; ОПК-7	29.ИБС. Острый коронарный синдром. Нестабильная стенокардия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.

ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	30.ИБС. Инфаркт миокарда. Классификация. Клинические варианты. Лабораторная диагностика.
ПК-5; ОПК-4	31.ЭКГ – диагностика инфаркта миокарда. Динамика ЭКГ с учетом периода инфаркта миокарда, локализации и глубины некроза.
ПК-10; ПК-11, ОПК-7	32.Осложнения острейшего и острого периодов инфаркта миокарда. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-8; ОПК-7	33.Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.
ПК-10; ПК-11; ОПК-7	34.Кардиогенный шок. Критерии диагностики. Стадии шока. Неотложная помощь.
ПК-10;ОПК-7	35.Нарушения ритма сердца при инфаркте миокарда. ЭКГ – диагностика. Неотложная помощь.
ПК-10; ОПК-7	36.Нарушения проводимости сердца при инфаркте миокарда. Синдром Морганьи - Адамса – Стокса. ЭКГ - диагностика. Неотложная помощь.
ПК-10; ПК-11; ОПК-7	37.Осложнения инфаркта миокарда в подостром и постинфарктном периодах. Синдром Дресслера. Лечение.
ПК-8, ОПК-7	38.Современные принципы оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда. Лечение в различные периоды инфаркта миокарда.
ПК-8;ОПК-7	39.Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Роль местных санаториев в реабилитации больных.
ПК-8, ОПК-7	40.Принципы лечения ИБС. Современная медикаментозная терапия. Хирургическое лечение.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	41.Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Классификация. Критерии диагностики.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	42.Острая ревматическая лихорадка. Клиника. Лабораторная и ЭКГ - диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	43.Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Осложнения. Показания к оперативному лечению.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	44.Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика, осложнения. Показания к оперативному лечению.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	45.Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	46.Стеноз устья аорты. Этиология, патогенез клиническая картина. Инструментальная диагностика.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	47.Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, Классификация.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	48. Инфекционный эндокардит. Клиника, диагностические критерии, осложнения. Лечение, профилактика.

ПК-10; ПК-11, ОПК-7	49. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Причины развития. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
ПК-10; ПК-11, ОПК-7	50. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс, шок. Причины развития. Клиника. Неотложная помощь.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	51. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез, Классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8, ОПК-7	52. Лечение хронической сердечной недостаточности.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5	53. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	54. Хронический гастрит. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5,	55. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-8; ОПК-7	56. Современные методы лечения ЯБ. Эрадикационная терапия. Профилактика.
ПК-8; ПК-10 ОПК-7	57. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Клинико-инструментальная диагностика. Неотложная помощь Показания к переводу больных в хирургическое отделение.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ОПК-7	58. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ОПК-7	59. Дискинезии желчевыводящих путей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ОПК-7	60. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез, классификация. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-6; ОПК-5	61. Хронический гепатит. Этиология, патогенез. Классификация.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8; ОПК-7	62. Хронический гепатит. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Современные методы лечения. Профилактика.
ПК-6; ОПК-5	63. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация.
ПК-5; ПК-6; ОПК-4, ОПК-5, ПК-8, ОПК-7	64. Цирроз печени вирусной этиологии. Особенности клинического течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	65. Билиарный цирроз печени. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	66. Алкогольный цирроз печени. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-10; ОПК-7	67. Осложнения циррозов печени. Клиника. Диагностика. Лечение.

ПК-6;ОПК-5	68.Гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Клинико-морфологическая классификация.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	69.Острый гломерулонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	70.Хронический гломерулонефрит. Клинические варианты, осложнения. Диагностика. Лечение, профилактика.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	71.ГЛПС в республике Башкортостан: клинические особенности, осложнения. ОПН при ГЛПС. Принципы лечения. Вклад ученых БГМУ в изучение проблемы ГЛПС.

Код компетенций	Задачи ПК-5 (ПК-5.1, ПК-5.2, ПК-5.3, ПК-5.4, ПК-5.5, ПК-5.6) ПК-6 (ПК-6.1, ПК-6.2, ПК-6.3, ПК-6.4, ПК-6.5, ПК-6.6) ПК-8 (ПК-8.1, ПК-8.2, ПК-8.3, ПК-8.4, ПК-8.5, ПК-8.6) ПК-10 (ПК-10.1, ПК-10.2, ПК-10.3, ПК-10.4, ПК-10.5) ПК-11 (ПК-11.1, ПК-11.2, ПК-11.3, ПК-11.4, ПК-11.5) ОПК-4 (ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3, ОПК-4.4), ОПК-5 (ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-5.4, ОПК-5.5) ОПК-7 (ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ОПК-7.4)
ПК-5; ПК-6; ОПК- 4, ОПК-5, ПК-8, ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1 Больной П. 18 лет, учащийся. 3 недели тому назад выписан из инфекционной больницы, где лечился по поводу скарлатины. После переохлаждения заметил уменьшение выделения и изменение цвета мочи. <u>Объективно:</u> кожные покровы бледные. Пастозность лица. В легких везикулярное дыхание. Пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт. ст. Границы сердца не изменены. Тоны сердца чистые, звучные. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания в проекции почек слабо положительный с обеих сторон. <u>Данные лабораторных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $3,6 \cdot 10^{12}$, Нв. - 109 г/л, Цв.п.- 0,9; Л. - $9 \cdot 10^9$ /л, э. -4% п-3%, с - 60%, лимф. - 25%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час. Мочевина крови - 6,67 ммоль/л, креатинин - 156 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л, холестерин - 4,16 ммоль/л, СРБ ++ <u>Анализ мочи:</u> цвет имеет красноватый оттенок, уд. вес 1026, белок 0,99%, эр.- свежие и выщелоченные сплошь в п. зр. Клубочковая фильтрация при пробе Реберга-Тареева - 70 мл/мин.

	<u>ЭКГ</u> - Синусовая тахикардия. <u>Осмотр окулиста</u>: Глазное дно не изменено. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите заболевания, при которых чаще всего встречается гематурия. 3. Объясните патогенез заболевания. 4. Какие осложнения характерны для данного заболевания? 5. Показана ли больному “пульс-терапия”? 6. Назначьте патогенетическое лечение (выпишите рецепты). 7. Какие методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используются в клинической практике. 8. Назовите курорты Башкортостана для лечения больных с данной патологией.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2 Больной С. 26 лет, экспедитор, доставлен по скорой помощи в хирургическое отделение с жалобами на повышение температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$, выраженные боли в животе (больше справа), сухой кашель, одышку, общую слабость, однократную рвоту. Заболел остро 15/X-2014г. после переохлаждения. Появился озноб, головная боль, повышение температуры тела до 40°C. После приема аспирина стало легче, но 16/X утром появились сильные боли в животе, вызвал “скорую помощь” и был доставлен в стационар с подозрением на острый живот. В анамнезе - хронический холецистит. <u>Объективно</u>: состояние тяжелое. Гиперемия щек, более выраженная справа, герпетические высыпания на носу, цианоз губ. ЧД - 32 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Голосовое дрожание справа в нижних отделах несколько усилено. Укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки и в подмышечной области, там же ослабленное дыхание, крепитация, шум трения плевры. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 98 в мин., АД- 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. <u>Данные лабораторных исследований</u>: <u>Общий анализ крови</u>: Эр. - $5,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 142 г/л, Л. - $18 \cdot 10^9$ /л, э. - 1%, п. - 22%, с.- 64%, лимф. - 7%, мон. - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ- 38 мм/час Вопросы: 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни. 3. Объясните причину появления у больного болей в правом подреберье? 4. Составьте план обследования. 5. Назовите возможные осложнения болезни.

	6. Назовите основные симптомы инфекционно-токсического шока. 7. Составьте план лечения (выпишите рецепты). 8. Перечислите побочные действия антибиотиков.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3 Больная Ж. 30 лет, кондуктор автобуса, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, поясницы и нижних конечностей, сухость во рту, жажду, уменьшение количества мочи, общую слабость. Три года назад после перенесенной ангины впервые был обнаружен белок в моче, при повторных исследованиях количество выделяемого белка нарастало. Появились отеки на лице. Лечилась в больнице по поводу заболевания почек. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад после перенесённой ОРВИ. <u>Объективно:</u> состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность и сухость кожных покровов. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях, в области поясницы. В нижних отделах легких - ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 70 ударов в минуту. АД - 125/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. <u>Данные лабораторных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. $3,7 \cdot 10^{12}$ /л. Нв. - 105 г/л. Цв. пок. - 0,85, Л.- $6,8 \cdot 10^9$/л, СОЭ - 40 мм /час, лейкограмма без особенностей. <u>Б/х анализ крови:</u> Общий белок 60 г/л, альбумины 40%, холестерин - 10,1 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л, креатинин - 205 мкмоль/л. <u>Анализ мочи:</u> прозрачная, относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок - 6,6‰, эр. выщелоченные 5-8 в п. зр., Л. - 2-3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 5-6, восковидные - 2-3 в п.зр. Вопросы: 1. Назовите основные синдромы 2. Сформулируйте диагноз. 3. Укажите этиологию заболевания. 4. Что означает «нефротический синдром» (критерии)? 5. Какие дополнительные методы исследования необходимы? 6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 7. Назовите осложнения данного заболевания. 8. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

	Больная А. 38 лет, продавец поступила в клинику с жалобами на озноб, резкую слабость, повышение t^0 тела до $39,5^0$, кашель с гнойной мокротой в количестве 30-40 мл в сутки, тошноту. Заболела остро, 5 дней назад после переохлаждения поднялась температура до $38,3^0$, появилась боль в правой половине грудной клетки, выраженная одышка, кашель. В анамнезе - перенесенный 2 недели назад грипп. <u>Объективно</u>: общее состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Перкуторно - укорочение легочного звука справа в нижних отделах, аускультативно дыхание везикулярное, усиленное справа ниже угла лопатки. Там же выслушиваются звучные влажные хрипы. ЧД - 36 в 1 минуту. Границы сердца не увеличены, тоны ритмичны, приглушены, тахикардия. ЧСС - 96 в 1 минуту. АД 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена. <u>Данные дополнительных исследований</u>: <u>Анализ крови</u>: Эр. - $4,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 140 г/л, Цв.п. - 0,9, Л. - $18 \cdot 10^9 /л$, э.-1%, п.-22%, с. - 58%, л. - 12%, м. - 7%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 53 мм/час. <u>Биохимический анализ крови</u>: общий белок 68 г/л, альбумины - 44%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 - 12%, β - 14%, γ - 26%. Серомукоиды - 600 ед., СРБ +++ <u>Анализ мокроты</u>: гнойная, желтовато-зеленоватого цвета, микроскопически - лейкоциты в большом количестве. <u>Р-графия грудной клетки</u>: выявляется обширная полисегментарная инфильтрация легочной ткани справа (S_{6, 8, 9, 10}) с участками просветления. Вопросы: 1. Выделите основные клинические синдромы. 2. Оцените тяжесть состояния больного. 3. Дайте интерпретацию рентгенологических и лабораторных данных. 4. Сформулируйте клинический диагноз. 5. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы заболевания у больной. 6. Назовите возможные осложнения данного заболевания. 7. Что такое респираторный дистресс-синдром? 8. Назначьте лечение больной (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ПК-10; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 Больной И. 38 лет, слесарь-монтажник, поступил в стационар с жалобами на головные боли, тошноту, рвоту. В анамнезе частые ангины. В возрасте 18 лет перенес острый нефрит, заболевание протекало с большими отеками, макрогематурией, повышением АД. <u>Объективно</u>: кожные покровы бледные, сухие. Веки отечны. Лицо пастозно. В легких везикулярное дыхание. Пульс

	- 96 в мин., ритмичный, напряжен. АД - 200/140 мм рт. ст. Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Тоны сердца звучные. Акцент II тона на аорте. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. <u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. $-2,5 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 75 г/л, Цв. п. - 0,9, Л. - $7,0 \cdot 10^9$ /л, Э. - 2% п.-3% с/я - 70%, лимф. - 20%, м. - 5%, СОЭ - 35 мм/час. <u>Б/х анализ крови:</u> мочевина - 12,66 ммоль/л, креатинин - 305,04 мкмоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л <u>Анализ мочи:</u> уд. вес - 1006, белок - 0,165‰, Эр. - 3-5 в п.зр., гиал. цилиндры - единичные. <u>Проба Зимницкого:</u> Дневной диурез - 400 мл, ночной диурез - 600 мл, колебания уд. веса - 1006-1011. <u>Проба Реберга-Тареева:</u> суточное количество мочи - 1200 мл, креатинин крови 305,2 мкмоль/л, креатинин мочи - 698,3 ммоль/л, клубочковая фильтрация - 23 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 96%. <u>ЭКГ:</u> признаки гипертрофии левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде. <u>Глазное дно:</u> отек дисков зрительных нервов, сужение и извилистость артерий, многочисленные кровоизлияния, в парамакулярной области - группа белых очажков. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Назовите основные клинические формы данного заболевания. 3. Оцените показатели пробы Зимницкого и Реберга-Тареева. 4. Какие методы определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) используются в клинической практике. 5. Назовите осложнения болезни. 6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании 7. Назовите четырехкомпонентную схему лечения данного заболевания. 8. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6 Больная Д., 45 лет, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту с наличием в желудочном содержимом желчи, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$. <u>Из анамнеза:</u> в течение 5 лет отмечает периодические боли в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете, купирующиеся приемом но-шпы, аллохола. Ухудшение состояния наступило два дня назад после употребления копченой колбасы. <u>Объективно:</u> состояние средней тяжести. Повышенного

	питания (ожирение 2 степени). Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-88 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Мюсси, Кера, Мерфи. Печень не увеличена. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Как определяются симптомы Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского? 3. Назначьте план обследования 4. Какие факторы риска развития заболевания имеются у данной пациентки? 5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 6. Определите меры профилактики 7. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению 8. Определите прогноз.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7 Больная С. 30 лет, учительница, доставлена в клинику машиной скорой помощи с жалобами на ощущение “стеснения в груди”, затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 7 лет, развитие заболевания связывает с хроническим бронхитом. Приступы удушья возникают чаще ночью, к утру. Раньше приступы снимались ингаляцией сальбутамола, в последнее время они участились, сделались более продолжительными и купируются инъекциями эуфиллина. Ухудшение состояния отмечает после перенесенной ОРВИ. <u>Объективно:</u> вид больной испуганный. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательных мышц. сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Число дыханий - 24-26 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно - коробочный звук. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов на фоне ослабленного дыхания. Пульс учащен, малого наполнения. АД - 100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены вправо на 1-1,5 см, тоны приглушены, тахикардия. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. <u>Данные лабораторных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $3,8 \cdot 10^{12}$/л; Нв - 132 г/л, Л.- $7,8 \cdot 10^9$/л; Э. - 12%, п - 4%, с. - 36%, л. - 42%, м. - 6%, СОЭ - 15 мм/час. <u>Анализ мокроты.</u> Мокрота слизистая, тягучего характера. При микроскопии определяются лейкоциты. <u>Р-графия грудной клетки:</u> повышенная прозрачность

	легочной ткани, усиление легочного рисунка. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз больной. 2. Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья. 3. Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде? 4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания. 6. При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы? 7. Какие иммунологические и неиммунологические механизмы участвуют в развитии заболевания? 8. Какие осложнения могут угрожать больной?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8 Больная С. 56 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, сердцебиение, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице на 1 этаж, ходьба в быстром темпе на расстояние более 50 метров), нестабильность артериального давления с тенденцией к гипертензии (отмечает повышение показателей в пределах 160/100 – 195/110 мм.рт.ст.). <u>Из анамнеза</u> известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией на протяжении 10 лет. Год назад у больной была транзиторная ишемическая атака. Тем не менее антигипертензивные медикаментозные препараты, назначенные ранее врачом, в последние 2 месяца принимала нерегулярно, допуская пропуски в приеме лекарств продолжительностью до нескольких дней. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена: отец умер от инсульта в возрасте 54 лет, мать – жива (76 лет), также страдает артериальной гипертензией с 55 летнего возраста. <u>Объективно:</u> Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Легкий акроцианоз. Индекс массы тела 34,3 кг/м². Окружность талии 104 см, окружность бедер 120 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. Пульс – 88 в мин. АД – 160/112 мм.рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см. от среднеключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицательны с обеих сторон. Лабораторно-инструментальные данные: Анализ крови общий – без патологии; биохимический анализ крови (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, Триглицериды - 2,7 ммоль/л (норма <1,7 ммоль/л), ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л (норма

	> 1,2 ммоль/л), ХС-ЛПНП – 4,6 ммоль/л (норма < 3,3 ммоль/л); глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 88 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле СКD-EPI) = 63 мл/мин. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз с указанием степени и стадии болезни. 2. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз 3. Перечислите факторы сердечно-сосудистого риска, имеющиеся у больной. 4. Назовите органы мишени пораженные у пациентки. 5. Укажите диагностические методики, которые возможно применить для определения пораженности сосудов при гипертонической болезни. 6. Составьте план дополнительного лабораторно-инструментального исследования пациентки. 7. Препараты каких групп антигипертензивных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии. Свой выбор обоснуйте. 8. Назовите противопоказания к применению ингибиторов АПФ
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9 Больной К. 47 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной и одышку при физической нагрузке, общую слабость, частые головокружения. головные боли, склонность к обморочным состояниям. Считает себя больным в течении 5 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался. Принимал валидол, корвалол. В детстве - частые ангины. Во время учебы в институте при прохождении медицинского осмотра выявлялся “шум в сердце”, но углубленного обследования не проводилось. Ухудшение состояния связывает с физическим перенапряжением во время ремонта квартиры. <u>Объективно:</u> Кожные покровы бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. При пальпации области сердца - “кошачье мурлыканье” во II межреберье справа. Границы сердца смещены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, II т. над аортой ослаблен, здесь же выслушивается грубый систолический шум, иррадиирующий на сосуды шеи, короткий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 76 в мин. Пульс - 76 в мин. АД - 110/80 мм рт.ст. Пальпация живота безболезненна. Печень у края реберной дуги. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? 3. При каких заболеваниях выявляется симптом “кошачьего мурлыканья”?

	4. Объясните причину обморочных состояний у больного. 5. Нарисуйте ЭКГ, характерную для данного заболевания. 6. Объясните причину появления сжимающих болей в сердце у больного. 7. Какие осложнения угрожают больному? 8. Назначьте лечение (выписать рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10 Мужчина Б. 40 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке. Из анамнеза заболевания. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе. Из анамнеза жизни: Работает учителем. У отца – хронический бронхит. Не курит. <u>Объективно:</u> Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Пониженного питания. ИМТ 19 кг/м^2. Кожные покровы обычной окраски. <u>Пульсоксиметрия:</u> SaO_2 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются единичные сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Данные лабораторно-инструментальных исследований: <u>общий анализ крови:</u> эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв -140 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.- 70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час, <u>ЭКГ:</u> Ритм синусовый, ЧСС 80 мин. <u>Рентгенография органов грудной клетки:</u> Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются. Спирография (после пробы с бронходилататором): индекс Тиффно 62%, ОФВ1 - 54% Вопросы: 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования. 3. Оцените данные дополнительных методов обследования. 4. Определите степень тяжести по спирографическим данным

	5. Определите фенотип данного заболевания 6. Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента. 7. Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии. 8. Перечислите методы профилактики данной патологии
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11 Больной К. 38 лет, инвалид II группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39⁰, сопровождающееся ознобами, профузным потом, одышкой и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам. В анамнезе - ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние 4 года усилилась одышка, появились отеки на ногах. Постоянно принимает мочегонные и сердечные гликозиды. Состояние резко ухудшилось месяц назад после удаления зуба: появились ознобы, фебрильная температура. Лечился в поликлинике с диагнозом ОРВИ. Прием аспирина, амоксициллина, зинацефа был неэффективным. <u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отеки голеней. Симптом Мюссе. В легких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в VII межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление I тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой II тон резко ослаблен, выслушивается мягкий, дующий диастолический шум, который проводится в точку Боткина-Эрба. ЧСС - 95 в мин. АД 160/40 мм рт. ст. Пульс скорый, высокий, аритмичный, 80 в 1 мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. <u>Данные дополнительных исследований:</u> Общий анализ крови: Эр - $2,1 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 92 г/л, Л. - $15 \cdot 10^9$ /л, Э. - 2%, п - 12%, с. - 64%, л. - 16%, м. - 6%, СОЭ - 54 мм/час. <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес. - 1013, белок - 1,65%, Эр. - 25-40 в п/зр., цил. гиалиновые - 6-7 в п/зр. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза. 3. Объясните причину ухудшения состояния больного. 4. Что такое симптом Мюссе? При каких заболеваниях он встречается? 5. Объясните причину выявленного у больного

	геморрагического синдрома. Какими клиническими симптомами он проявляется? 6. О каких нарушениях гемодинамики свидетельствует АД больного? С наличием какого порока сердца оно связано? 7. Назовите “периферические” признаки выявленного у больного порока сердца. 8. Назначьте лечение больному
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12 Больной Б. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с жалобами на ознобы, потливость, высокую температуру - 39-39,5° в течение недели, боли в грудной клетке, кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. Накануне поступления в больницу больной отмечает выделение мокроты в количестве 100 мл, неприятного запаха. Болен в течение 3 недель - перенес грипп, течение которого осложнилось пневмонией. Лечился не регулярно. В анамнезе - злоупотребление алкоголем. <u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистой окраски, влажные. Акроцианоз. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. ЧД-24 в мин. Укорочение перкуторного звука слева ниже угла лопатки. При аускультации - ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы слева, после откашливания мокроты отмечается появление амфорического дыхания. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Пульс - 100 уд. в мин., тахикардия, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. <u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв -110 г/л, Л. - $15,0 \cdot 10^9 /л$, п.- 20%, с.- 62%, лимф.-10 %, м.- 8%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 60 мм/час <u>Анализ мочи:</u> уд. вес 1020, белок -0,66%, Л. единичные в п/зр. <u>Анализ мокроты:</u> при стоянии расслаивается на 2 слоя. Микроскопически большое количество лейкоцитов и эластических волокон. <u>Рентгенография грудной клетки:</u> Слева определяется округлая, нерезко ограниченная тень с горизонтальным уровнем жидкости. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Перечислите этиологические факторы, способствующие развитию данного заболевания. 3. Проанализируйте результаты дополнительных исследований. 4. Какие осложнения угрожают больному?

	5. Назовите критерии инфекционно-токсического шока и неотложную помощь при нём. 6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 7. Назовите методы верификации возбудителей? 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13 Больная К. 35 лет, домохозяйка, обратилась к участковому врачу с жалобами на ноющие боли в области сердца, сердцебиение, шум в ушах, слабость, обмороки, извращения вкуса. Больна в течение 3 месяцев - появилась склонность к обморочным состояниям, при физической нагрузке возникали сердцебиение и одышка, мелькание “мушек” перед глазами. Принимала корвалол, поливитамины, но улучшения не отмечала. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Беременностей и родов - 4 (последние роды 9 месяцев назад), ребенка кормит грудью. Менструации регулярные, цикл 26 дней, обильные. <u>Объективно:</u> общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Кожа сухая, волосы редкие. Ногти слоистые, уплощены. Трещины в углах рта. В легких дыхание везикулярное, ЧД - 18 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, тахикардия, на верхушке систолический шум. ЧСС - 98 уд. в 1 мин. АД - 100/70 мм рт. ст. На яремной вене справа выслушивается “шум волчка”. Язык влажный, обложен. Печень не увеличена. Пальпация живота безболезненна. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое фоновое состояние обусловило развитие заболевания? 3. Объясните механизм развития тканевого сидеропенического синдрома. 4. Объясните механизм появления “шума волчка”. 5. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 80 г/л, ЦП - 0,8; лейкоциты – $5,2 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты - $190 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 14 мм/час. 6. Составьте план обследования больной. 7. Тактика лечения (выписать рецепты). 8. Определите меры профилактики заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14 Больной В. 68 лет, пенсионер, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, ощущение

	жжения и давления под мечевидным отростком грудины. Боль часто иррадирует в область сердца, под левую лопатку, возникает через 20-30 мин. после еды и снимается приемом соды. Беспокоят также тошнота, горечь во рту, отмечается склонность к запорам. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х недель после приема индометацина, назначенного по поводу лечения остеохондроза. <u>Объективно:</u> пониженного питания, кожные покровы чистые, бледные. Над легкими - везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. Тоны ритмичные, приглушены, небольшой акцент II тона над аортой. Пульс 80 в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно напряжен в эпигастральной области. Симптом Менделя положителен. Печень не увеличена. Вопросы: 1. Выделите синдромы, сгруппировав их из имеющихся симптомов. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному? 4. Назовите прямые и косвенные рентгенологические симптомы данного заболевания. 5. Назовите эндоскопические критерии заболевания. 6. Проведите дифференциальную диагностику со сходными болезнями. 7. Ваша тактика лечения (выпишите рецепты). 8. Назовите возможные осложнения болезни.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15 Больной Т. 37 лет, водитель, обратился с жалобами на болевые ощущения в эпигастральной области, ноющие боли в области сердца, слабость, сердцебиение, одышку при физических нагрузках, мелькание "мушек" перед глазами и головокружение при перемене положения тела, ломкость волос и ногтей, затруднения при глотании твердой и сухой пищи. Во время службы в армии был оперирован по поводу проводной язвы желудка (по Бильрот II). В дальнейшем периодически беспокоили тошнота, вздутие живота, поносы. Ухудшение состояния отмечает в течение трех месяцев в связи с появлением вышеуказанных жалоб. <u>Объективно:</u> состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Кожа сухая. Ногти уплощены с поперечной исчерченностью. В легких везикулярное дыхание. ЧД - 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 80 уд. в 1 мин., ритмичный. Трещины в углах рта. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Сосочки языка сглажены. Кариес зубов, альвеолярная пиорея. Живот обычной формы. По средней линии

	послеоперационный рубец. Нерезко выраженная болезненность в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный. Вопросы: 1. Выделите ведущие синдромы выявленной патологии. 2. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр. $-3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 96 г/л, Ц.П. – 0,7; Л.- $5,8 \cdot 10^9$ /л, э.-1%, п-3%, с. - 62%, лимф.- 28%, м.- 6%, СОЭ - 10 мм/час. Сывороточное железо - 6,8 мкмоль/л. 3. Поставьте предварительный диагноз. 4. Какие дополнительные исследования необходимы? 5. Перечислите причины данной патологии и укажите возможную причину заболевания у данного пациента. 6. При изменении какого показателя крови диагноз данного заболевания становится несомненным? 7. Тактика лечения (напишите рецепты). 8. Определите прогноз и методы профилактики заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16 Больной К. студент, 19 лет, доставлен машиной скорой помощи с приступом удушья. В анамнезе - периодически возникающие приступы одышки, с появлением свистящих хрипов в груди после контакта с пахучими веществами, воздействия неблагоприятных метеорологических факторов - ветра, холода, сырости. Появлению приступа удушья обычно предшествует сухой кашель, ощущение зуда в носу. Приступ заканчивается усиленным выделением вязкой мокроты. В анамнезе - диатез в детстве, непереносимость некоторых пищевых продуктов, редкие простудные заболевания. <u>Объективно:</u> Положение больного вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Набухшие шейные вены. Цианоз губ. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. На расстоянии слышны свистящие хрипы. ЧД - 24 в мин. Подвижность грудной клетки ограничена. При перкуссии с обеих сторон - коробочный звук. При аускультации - масса сухих, свистящих хрипов, дыхание резко ослаблено. Пульс учащен - 105 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, АД- 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень не увеличена. <u>Данные лабораторных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $4,1 \cdot 10^{12}$ /л; Нв - 138 г/л, Л.- $4 \cdot 10^9$ /л; э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лим. - 22%, м - 5%, СОЭ - 10 мм/час. В мокроте большое количество эозинофилов. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. В каком дополнительном обследовании нуждается больной? 3. Назовите мероприятия для купирования приступа удушья. 4. Составьте план лечения в межприступном периоде

	(выпишите рецепты). 5. При каких заболеваниях могут развиваться подобные симптомы? 6. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания. 7. Трудовые рекомендации больному. 8. Какие иммунологические механизмы участвуют в развитии болезни?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17 Мужчина Б. 55 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, периодический кашель со слизистой мокротой, больше по утрам. Из анамнеза заболевания: Курит 35 лет, по 1 пачке в день. Несколько лет отмечает появление кашля с мокротой по утрам. В течение нескольких последних месяцев стал отмечать нарастание одышки, появление ее при обычных нагрузках, умеренной ходьбе. Из анамнеза жизни: Работает водителем, отмечает на работе частые переохлаждения, воздействие выхлопных газов. У отца – хронический бронхит. <u>Объективно</u>: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное с ограничением двигательной активности из-за слабости и одышки. Повышенного питания. ИМТ 30 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, пальцы в виде «барабанных палочек», ноги в виде «часовых стекол». <u>Пульсоксиметрия</u>: SaO₂ 95%. ЧД-18 в мин. в покое. Грудная клетка бочкообразная. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, при форсированном дыхании появляются сухие свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС=Пульс= 80 уд. в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Стул, диурез без особенностей. Данные лабораторно-инструментальных исследований: <u>общий анализ крови</u>: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$/л. Нв -140 г/л, лейкоциты $15,0 \times 10^9$/л, эозинофилы – 1%, п/яд.- 3%, с/яд.- 70%, лимфоциты-21 %, моноциты- 5, СОЭ - 5 мм/час. <u>общий анализ мочи</u>: уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты единичные в поле зрения. <u>Рентгенография органов грудной клетки</u>: Отмечается усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, уплощение куполов диафрагмы. Очаговые и инфильтративные тени не определяются. <u>Спирография (после пробы с бронходилататором)</u>: Индекс Тиффно 62%, ОФВ1 -55%

	Вопросы: 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте и составьте план дополнительных методов обследования. 3. Оцените данные дополнительных методов обследования. 4. Определите степень тяжести по спирографическим данным 5. Рассчитайте и оцените индекс пачка/лет 6. Определите факторы риска возникновения и прогрессирования заболевания у данного пациента. 7. Перечислите медикаментозные средства лечения данной патологии. 8. Перечислите методы профилактики данной патологии
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18 Больной С. 69 лет, пенсионер. Госпитализирован в клинику с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера при ходьбе на расстояние 100-150 м и подъеме на 1 этаж, головокружение, периодические приступы слабости с кратковременной потерей сознания, одышку при ходьбе. Болен в течение 3-х лет. Доставлен бригадой скорой помощи с улицы - был приступ потери сознания "с судорогами" и непроизвольным мочеиспусканием. <u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Акроцианоз. Периферических отеков нет. На фоне везикулярного дыхания небольшое количество влажных хрипов в задне-боковых отделах легких. Перкуторно - расширение границ сердца влево и вправо. Тоны сердца глухие, периодически звучность I тона усиливается ("пушечный тон" Стражеско). Акцент и металлический оттенок II тона на аорте. Пульс ритмичен, напряжен, 42 удара в минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. <u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u> <u>Общий анализ крови:</u> Эр. - $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв. - 145 г/л, Л. - $6,3 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 4 мм/час. Лейкоцитарная формула не изменена. <u>Общий анализ мочи:</u> уд. вес- 1014, белок - 0,033 %, л. ед. в поле зрения. <u>ЭКГ:</u> зубцы Р и комплексы QRST регистрируются каждый в своем ритме, соответственно 88 и 42 в минуту, часть зубцов Р накладывается на QRST. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какой вид аритмии имеется у больного? 3. Что такое "пушечный тон" Стражеско? 4. Объясните причину приступов потери сознания у больного. Как называются эти приступы? 5. Ваша тактика во время приступа потери сознания.

	6. Назначьте лечение больному в межприступный период (выпишите рецепты). 7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 8. Какое лечение показано больному при неэффективности консервативной терапии?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19 Больной В. 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку, подъем t^0 до 39^0, озноб, резкую слабость. Заболел остро, после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась T^0 тела до $38,5^0$. Принял аспирин, чай с малиной. После временного улучшения к утру состояние вновь ухудшилось, появился сухой болезненный кашель, вызвал “скорую помощь”. <u>Объективно:</u> общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над нижнебоковой поверхностью правого легкого - усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, аускультативно - дыхание с бронхиальным оттенком. крепитация. ЧД - 32 в 1 мин. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, тахикардия, ритм правильный. Пульс - 112 в 1 мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. <u>Данные лабораторно-инструментальных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $4,2 \cdot 10^{12}/л$; Нв. - 126 г/л; Л. - $12,9 \cdot 10^9/л$; Э. - 1%, п - 16%, с.- 62%, л. - 15%, м - 6%, токсигенная зернистость нейтрофилов, СОЭ - 58 мм/час. <u>Анализ мочи:</u> - белок - 0,66 ‰. Л. - 3-4-5 в п./зр., гиал. цилиндры - 2-6 в п./зр. <u>Р-графия грудной клетки:</u> справа средняя доля (S_4, S_5) гомогенно затемнена <u>ЭКГ:</u> синусовая тахикардия, нарушение метаболических процессов в миокарде. Вопросы: 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Оцените данные дополнительных исследований. 3. О каких других заболеваниях можно думать по клиническим и лабораторным данным? 4. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза? 5. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз. 6. Назовите возможные этиологические факторы данного заболевания. 7. Назначьте лечение (напишите рецепты).

ПК-5; ОПК-4,
ПК-6, ОПК-5
ПК-8; ОПК-7

8. Какие осложнения могут угрожать больному?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Больная Н. 22 года, служащая, обратилась к врачу с жалобами на отеки, олигурию, изменение цвета мочи, которые появились через 2 недели после ангины. До настоящего времени ничем не болела.

Объективно: кожные покровы бледные. Отеки на лице, ногах, пояснице. Рост 164 см, вес 76 кг (до болезни 67 кг). В легких везикулярное дыхание. Пульс 98, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/90 мм рт.ст. Поперечник сердца расширен за счет левых отделов. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина короткий систолический шум. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. - 3,7 $\square$ 10 12 /л. Нв - 126 г/л. Цв. пок. - 1,0, Л. - 7,0 $\square$ 10 9 /л.
э. - 4%, п/я. - 1%, с/я. - 64%, лимф. - 29%, м. - 2%, СОЭ - 48 мм/час.

Б/х анализ крови: мочевины - 32 ммоль/л, холестерин - 11,6 ммоль/л, фибриноген - 10 г/л, креатинин - 280 мкмоль/л. Общий белок - 41 г/л, А - 40%, Г - 60%, $\square$ 1 - 6%, $\square$ 2 - 17%, $\square$ - 12%, $\square$ - 25%. Сахар крови - 4,5 ммоль/л. LE - клетки в крови не найдены.

Анализ мочи: удельный вес 1024, белок - 6,6‰. Эр. свежие и выщелоченные 20-25 в п. зр., цилиндры - 2-3 в п.зр.

Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1016-1026, суточный диурез - 700 мл.

Проба Реберга-Тареева: суточный диурез - 200 мл, креатинин мочи - 530,4 ммоль/л, креатинин крови - 288,4 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 42 мл/мин., канальцевая реабсорбция - 98 %.

ЭКГ: синусовая тахикардия - 100 в минуту.
Метаболические нарушения в миокарде.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите основные клинические варианты данного заболевания.
3. Назовите этиологические факторы.
4. Основные механизмы патогенеза данного заболевания.
5. Обоснуйте необходимость назначения антикоагулянтной терапии.
6. Перечислите основные принципы диеты при данном заболевании
7. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с ГЛПС.
8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).

ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21 Больная С. 58 лет, жалуется на головные боли, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. В течение 10 лет отмечается высокая артериальная гипертензия (АД в пределах 160/100 – 195/110 мм рт.ст). Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, отмечаются периодические подъемы артериального давления. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе – семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертензии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта). <u>Объективно:</u> Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 100 в мин. АД - 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2см от среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет. <u>Анализ крови общий</u> – без патологии. <u>Биохимический анализ крови:</u> холестерин крови - 7.2 ммоль/л, ЛПНП - 3,2 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ЛПВН – 0.8 ммоль/л. <u>Анализ мочи:</u> белок - 0,33 %, единичные эритроциты в поле зрения. <u>Глазное дно</u> – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны. <u>ЭКГ</u> – признаки гипертрофии левого желудочка с явлениями систолической перегрузки. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно современной классификации. 2. Какие факторы риска АГ имеются у больной? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? 4. Назовите особенности кардиалгического синдрома при данном заболевании. 5. Поражения каких органов и систем имеются у пациентки? 6. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 7. Профилактика данного заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22 Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 °С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие

	аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже. <u>Объективно.</u> При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. Суточный диурез: на 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст. <u>Общий анализ крови:</u> Эр. - $5,7 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 136 г/л. Л. - $8,0 \cdot 10^9$ /л. Тромб. - $105 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 28 мм/час <u>Общий анализ мочи:</u> Относительная плотность – 1008, белок – 3,3‰, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з. Вопросы: 1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Проведите дифференциальную диагностику 4. Какие лабораторные исследования необходимо провести? 5. Перечислите показания для проведения гемодиализа. 6. Какие осложнения характерны для данного заболевания? 7. Назначьте лечение 8. Диспансерное наблюдение
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ПК-10, ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23 Больной Ж. 45 лет, руководитель малого предприятия, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад - после сильного стресса появились загрудинные боли. Прием нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространенный характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, “страх смерти”. Была вызвана скорая помощь. <u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрит холодным потом. Над легкими - везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы с

	обеих сторон. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 80/50 мм рт. ст. Пульс - 110 в мин., слабого наполнения, аритмичен. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отеков нет. <u>Данные дополнительных исследований:</u> <u>Анализ крови:</u> Эр. - $4,8 \cdot 10^{12}$ /л. Нв. - 145 г/л, Л. - $13 \cdot 10^9$ /л, СОЭ- 6 мм/час. Миоглобин 128 нг/мл. Положительный тропониновый тест. <u>ЭКГ:</u> Синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V₂ - V₃ - V₄ отв. - сегмент ST в виде монофазной кривой. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе. 3. Чем обусловлена тяжесть состояния больного? 4. Какие другие осложнения могут угрожать больному? 5. Оцените данные дополнительных исследований. Нарисуйте ЭКГ больного. 6. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 7. Какое противоаритмическое средство необходимо назначить больному для профилактики фибрилляции желудочков, при нормальном АД. 8. Назовите факторы риска этого заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24 Больной К., 40 лет, работает слесарем, курит с 18 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный утренний кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при умеренной физической нагрузке, утомляемость. <u>Объективно:</u> Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Умеренный диффузный цианоз. Вес 75 кг. Рост 176 см. Пальцы - в виде «барабанных палочек», ногти как «часовые стекла». Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно над легкими - коробочный звук. Суммарная экскурсия легких - по 4 см с обеих сторон по средней подмышечной линии. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в нижне-боковых отделах - жужжащие и свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Частота дыхания – 22 в минуту. Пульс - 78 в минуту, полный, мягкий, ритмичный, симметричный. Границы сердца - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. <u>Дополнительные методы обследования:</u> <u>Общий анализ крови:</u> эритроц. $5,1 \cdot 10^{12}$/л, Нв 161г/л, лейкоциты $6,5 \cdot 10^9$/л, СОЭ 3мм/ч; рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности.

	Легочный рисунок тяжистый. Корни легких уплотнены, не структурные. <u>Спирография</u>: ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 59%. <u>Анализ мокроты</u>: консистенция слизистая, вязкая, цвет-серая. Микроскопия- эпителиальные клетки в большом количестве, лейкоциты 5-6 в поле зрения. <u>ЭКГ</u>: Синусовый ритм. ЧСС 84 в 1 мин. Признаки гипертрофии правого предсердия, правого желудочка. Вопросы: 1. Выделите основные синдромы. 2. Поставьте и обоснуйте диагноз. 3. Какое осложнение развилось у данного пациента? 4. Назовите этиологические факторы заболевания. 5. Перечислите основные механизмы обструкции бронхов. 6. Назовите методы лечения данного заболевания (выпишите рецепты). 7. Прогноз и исход данного заболевания? 8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25 Больной К., студент, 20 лет, жалуется на резко выраженную одышку, возникающую в покое и при незначительной физической нагрузке (разговор, перемещение по комнате), сухой приступообразный кашель со скудной, слизистой, трудноотделяемой мокротой, выраженную общую слабость, потливость. Отмечает усиление симптомов одышки и кашля ночью и в ранние утренние часы. <u>Из анамнеза</u> – Ухудшению самочувствия предшествовала 2х недельная поездка в гости к родителям и контакт там с перхотью и шерстью кошки. В прошлом уже отмечал возникновение конъюнктивита, ринита при взаимодействии с кошками. За день до отъезда из родительского дома присоединился сухой кашель. В последующие 2-3 дня интенсивность кашля нарастала, добавилась одышка при небольшой физической нагрузке, резко усилилась слабость, потливость. Температура тела в течение всего периода болезни не повышалась. В прошлом неоднократно отмечал у себя эпизоды затрудненного дыхания во время занятий спортом (игра в футбол, бег), однако за медицинской помощью по этому поводу никогда не обращался. Кроме того страдает весенним поллинозом (имеет рино-конъюнктивальный синдром при цветении ольхи, березы, орешника). В раннем детстве у пациента был диагностирован atopический дерматит, однако в последние 5-6 лет случаев обострения дерматита у пациента не было. Имеется наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям: мать и брат больного также имеют atopический дерматит. <u>Объективно</u>: Температура тела 36.8 градусов Цельсия.

	Сатурация кислорода 96%. Сознание ясное. Состояние средней степени тяжести. Активность пациента умеренно ограничена из-за выраженной экспираторной одышки. Кожные покровы бледноватой окраски, повышенной влажности. При осмотре грудной клетки отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (мышц шеи, брюшного пресса), экскурсия грудной клетки снижена до 4 см. ЧД 26 в минуту. Перкуторно по всем легочным полям определяется коробочный звук. Аускультативно над всеми участками аускультации ослабленное везикулярное дыхание. Выслушивается множество сухих свистящих хрипов на вдохе и выдохе, рассеянных по легочным полям с обеих сторон. ЧСС 105 в минут. АД 115/76 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по нижнему краю реберной дуги. Отеков нет. Стул и диурез в норме. Вопросы: 1. Назовите ведущий клинический синдром у данного пациента 2. Предположите наиболее вероятный диагноз заболевания, ставшего поводом для обращения за медицинской помощью; 3. Обоснуйте сформулированный Вами диагноз 4. Назовите препараты для оказания неотложной помощи пациенту, укажите способы их введения. 5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите ключевые тесты, позволяющие подтвердить предварительный диагноз. 6. Расскажите, что из себя представляет бронходилатационный тест, с помощью каких медикаментозных препаратов его проводят. 7. Если предположить, что респираторные симптомы у пациента присутствуют постоянно (круглогодично), назовите основные группы препаратов для базисной терапии заболевания. 8. Что такое аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), показания для проведения АСИТ?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26 Больной М., 43 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купирует в состоянии покоя в течение 1-2 минут. Заболел 2 недели назад, когда впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме на 4 этаж, прошедшая в покое через 5 минут. Курит в течение 20 лет. Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное.

	Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений-76 в минуту. Живот при поверхностной ориентировочной безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см. <u>Общий анализ крови и мочи</u> - без патологии. <u>Биохимический анализ крови</u>: холестерин -8.5 ммоль/л, ЛПНП 3,3 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза - 28ед/л, лактатдегидрогеназа - 320ед/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л. <u>Электрокардиограмма</u>. Ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца. <u>Холтеровское мониторирование ЭКГ</u>: зарегистрированы единичные внеочередные зубцы Р и следующие за ним неизменные комплексы QRS с неполной компенсаторной паузой. После лечения в стационаре перед выпиской проведена велоэргометрическая проба: при нагрузке мощностью 100 Вт наблюдалась депрессия сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V₁ - V₄. Вопросы: 1. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов исследования. 2. Какие современные дополнительные методы диагностики необходимо провести? 3. Сформулируйте диагноз. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать выявленную патологию? 5. Каковы факторы риска заболевания? 6. Укажите основные патогенетические механизмы и теории развития заболевания. 7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 8. Определите прогноз и меры профилактики заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27 Больной 3. 35 лет, сотрудник НИИ, поступил в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. В анамнезе – патология желудочно-кишечного тракта. Ухудшение состояния связывает с физической работой в саду, после которой почувствовал резкую слабость, потливость, однократно был дегтеобразный стул. С трудом добрался до города, где сразу же вызвал “скорую помощь”. <u>Объективно</u>: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Холодный пот. В легких дыхание везикулярное. ЧД 26 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия с ЧСС 120 в 1 мин., АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд. в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот

	несколько вздут, болезненный в эпигастрии и зоне Шоффара. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Вопросы: 1. С чем связано ухудшение состояния больного? 2. При каких заболеваниях могут развиваться подобные осложнения? 3. Ваша тактика ведения больного. 4. При анализе крови получены следующие данные, оцените их: Эр.- $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 70 г/л, ЦП - 1,0; Л. - $7,4 \cdot 10^9$ /л, лейкоформула без особенностей, СОЭ - 14 мм/час. 5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз заболевания. 6. Ваша тактика лечения (выписать рецепты). 7. Какие осложнения угрожают больному с данным заболеванием? 8. По какой причине средний объем эритроцитов и ширина распределения эритроцитов по объему при состоянии, развившемся у больного, остаются неизменными?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28 Больной 62 лет в экстренном порядке был госпитализирован в блок интенсивной терапии. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивные жгучие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. В течение 10 лет беспокоят загрудинные боли при ходьбе через 300-500 метров, преимущественно по утрам, купируются после приема нитроглицерина через 1-2 минуты или в состоянии покоя. Лечился не регулярно. Курит много лет до 10 сигарет в день. Ухудшение отмечает в течение недели, когда участились и усилились загрудинные боли. Несколько часов назад развился болевой приступ, который был купирован лишь наркотическими анальгетиками бригадой скорой помощи. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания. Кожные покровы слизистые, бледно-розовые. Периферических отеков нет. Над легкими перкуторно-легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. Частота дыхания - 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/75 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений - 80 в минуту. Живот безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. На электрокардиограмме №1 (в 16-00 ч.) - ритм синусовый, $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$ В отведениях I, aVL, V₄, V₅, V₆ определяется снижение сегмента ST на 2 мм и слабоотрицательный зубец T. На электрокардиограмме №2 (в 19-00 ч.) - сегмент ST на изолинии, зубец T-слабоположительный. <u>Общий анализ крови:</u> Эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}$/л; Гемоглобин - 150 г/л; Лейкоциты - $4,5 \cdot 10^9$/л; Палочкоядерные

	- 1%; Сегментоядерные - 72%; Лимфоциты - 22%; Моноциты - 5%; СОЭ - 7 мм/час. <u>Биохимический анализ крови:</u> АсТ - 22,5ед/л; АлТ - 18,4ед/л; КФК - 75 ед/л, КФК-МВ - 8 МЕ/л; ЛДГ - 240 ед/л. При эхокардиографическом исследовании: аорта уплотнена, открытие аортального клапана-1,8см, левое предсердие -3,0см, толщина межжелудочковой перегородки-1,1 см, толщина задней стенки левого желудочка-1,1, правый желудочек- 2,3см, левый желудочек: конечный диастолический размер -4,5см, конечный систолический размер-4,0см, фракция выброса 56%. Вопросы: 1. Оцените данные лабораторных методов исследования. 2. Интерпретируйте изменения электрокардиограммы, эхокардиографии 3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Какие осложнения угрожают данному пациенту? 6. Какова лечебная тактика? Выпишите рецепты. 7. Назовите этиологические факторы и особенности патогенеза болезни. 8. Определите прогноз.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29 Больной М., 49 лет поступил в приемное отделение стационара с жалобами на сильную головную боль, чувство «внутренней дрожи», давящие боли в области сердца, сердцебиение, общее возбуждение. Из анамнеза. В течение 3 ближайших лет отмечает редкие преходящие сжимающие боли за грудиной при длительной ходьбе, подъеме на 3-5 этажи лестницы. Боли купируются в состоянии покоя в течение 1-2 минут. К врачам не обращался, лечение не принимал. Сегодня после стрессовой ситуации на работе появились вышеперечисленные жалобы, личным транспортом пациент был доставлен в приемное отделение стационара. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Объективно. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, отеков нет. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: левая - по левой средней - ключичной линии, правая - по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 170/95 мм рт. ст. на обеих плечевых артериях. Частота сердечных сокращений-96 в минуту. Живот при поверхностной ориентировочной безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7см.

	<u>Общий анализ крови и мочи</u> - без патологии. <u>Биохимический анализ крови</u>: холестерин - 6,5 ммоль/л, ЛПНП 2,9 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза - 32ед/л, лактатдегидрогеназа - 280ед/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л. <u>Электрокардиограмма</u>. Ритм синусовый. ЧСС 93 в мин. Отклонение электрической оси сердца влево. Высокие зубцы R в отведениях V₅, V₆, по амплитуде больше, чем в отведении V₄. Индекс Соколова – Лайона 45мм. <u>Холтеровское мониторирование ЭКГ</u>: в течение суток наблюдались эпизоды депрессии сегмента ST-T на 2 мм в отведениях V₁ -V₄. Вопросы: 1. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов исследования. 2. Какие современные дополнительные методы диагностики необходимо провести? 3. Сформулируйте диагноз. 4. Какое осложнение развилось у больного? Назовите препараты неотложной помощи. 5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние? 6. Каковы факторы риска заболевания и меры профилактики? 7. Укажите основные патогенетические механизмы развития заболевания. 8. Назначьте препараты для длительного лечения выявленной патологии (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ПК-10, ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30 Больной О. 34 лет, водитель, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в подложечной области, возникающие через 1,5-2 часа после приёма пищи. в ночное время или натощак. Болевой приступ уменьшается после приёма пищи. Беспокоят также общая слабость, изжога, отрыжка кислым, тошнота, запоры. Считает себя больным в течение 2-х лет. Развитие заболевания связывает с частыми длительными командировками и нарушением режима питания. К врачам не обращался. При появлении изжоги принимал соду. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. После тяжелой физической работы появились вышеуказанные жалобы. <u>Объективно</u>: _____ Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, чистые. Пульс - 72 в 1 мин., ритмичен. АД- 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации - умеренно напряжен в области эпигастрия, определяется локальная болезненность в зоне Шоффара, в точках Опенховского, Боаса, положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. <u>Данные лабораторных исследований</u>:

	<u>Общий анализ крови:</u> Эр. - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 102 г/л, Л. - $6,8 \cdot 10^9$ /л. Лейкоформула без особенностей. СОЭ - 20 мм/час <u>R-скопия желудка:</u> Натощак содержит жидкость. Перистальтика желудка усилена, конвергенция складок, деформация и раздражение луковицы 12-перстной кишки, эвакуация замедлена. <u>Анализ кала:</u> реакция Грегерсена положительная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза? 3. Назовите прямые и косвенные рентгенологические признаки при данной патологии. 4. О чем говорит положительная реакция Грегерсена? При каких заболеваниях она наблюдается? 5. Какие осложнения угрожают больному? 6. Что такое симптомы Менделя, Опенховского, Боаса? 7. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 8. Что такое эрадикационная терапия? Показана ли она больному?
ПК-5; ОПК-4, ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31 Больной К., студент, жалуется на боли в эпигастрии голодные и через 1,5-2 часа после приема пищи, иногда боли по ночам, тошноту, изжогу, купируемую приемом молока, повышенную утомляемость, раздражительность. Болен в течение года. В последнее время боли усилились. В анамнезе частые нарушения пищевого режима. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в минуту, АД – 115/70 мм рт.ст. Язык влажный, умеренно обложен налетом белого цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя отрицательный. Печень не увеличена. <u>ФГС</u> - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного. 3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? Как это подтвердить? 4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания. 5. Назовите методы исследования для определения <i>Helicobacter</i>

	pylori. 6. Какой прогноз при данном заболевании? 7. Назначьте лечение (выписать рецепты). Напишите одну из схем эрадикационной терапии 8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32 Больной Т., 36 лет, поступил в клинику 10 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40 °С. Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 3-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита, жажду. С 8 августа стал плохо видеть, появилась сыпь на коже. Объективно. При поступлении в больницу состояние больного тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на твердом небе пятнистая энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, мягкий, АД 110/90 мм рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Печень своим нижним краем выступает на 3 см из-под реберной дуги, плотная и болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. На 7-й день болезни выпил 2200 мл воды, выделил мочи – 750мл, за следующие сутки выделил 350 мл мочи. На 9-й день – 150мл. Жаловался на сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице. Пульс 60 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт.ст. <u>Общий анализ мочи:</u> Относительная плотность – 1008, белок – 3,3%, эритроциты свежие 10-12 в п/з, цил. гиалиновые 5-6 в п/з. Вопросы: 1. Определите ведущие синдромы в клинике заболевания 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Проведите дифференциальную диагностику 4. Назначьте лечение. 5. Какие лабораторные исследования необходимо провести? 6. Показания для проведения гемодиализа 7. Правила выписки 8. Диспансерное наблюдение.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

ПК-8; ОПК-7	Больная М., 46 лет, жалуется на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, обильный кашицеобразный стул. Оперирована по поводу желчно-каменной болезни 4 года назад. Через полгода после операции впервые возник подобный приступ, сопровождался увеличением уровня амилазы в крови и моче. Подобные приступы повторяются 1-2 раза в год, после погрешностей в диете. <u>Объективно.</u> Состояние средней тяжести. На коже груди и живота «рубиновые капли». Патологии со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, болезненный в зоне Шоффара, Губергрица-Скульского и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. <u>В ОАК</u> – эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $6,7 \cdot 10^9/л$, лейкоформула без особенностей, СОЭ – 20 мм/час. <u>ОАМ</u> – с/ж, уд.вес 1018, белок – отр., лейкоциты – епин. в поле зрения, диастаза мочи по Вольгемуту – 128 ед/ч*л. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Назовите этиологические факторы заболевания. 3. Назначьте план обследования 4. Назовите признаки экзокринной недостаточности при данной патологии 5. Как может проявиться нарушение эндокринной функции при этом заболевании? 6. Назначить лечение (выписать рецепты) 7. Назовите меры профилактики 8. Определите прогноз.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34 Больная П. 42 лет, инвалид II группы, доставлена в неврологическое отделение инсультной бригадой с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения». Сбор анамнеза затруднен из-за дизартрии. Со слов сопровождающих родственников страдает ревматизмом с детства, с 35 лет - инвалид 2 группы. Ухудшение состояния наступило остро - после посещения бани появилась затрудненная речь, резкая слабость и потеря движений в правых конечностях. <u>Объективно:</u> Состояние тяжелое. Правосторонний гемипарез. Пониженного питания. Акроцианоз (facies mitralis). При пальпации области сердца - диастолическое дрожание. Границы сердца расширены вверх и вправо. При аускультации сердца тоны аритмичные, ЧСС 98 в мин., на верхушке - 1 тон хлопающий, «ритм перепела», диастолический шум. Акцент 2 тона над легочной артерией. Пульс 75 уд в мин., аритмичный, слабее по наполнению на левой лучевой артерии. АД 100/70 мм. рт ст. Печень выступает

	на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Голени пастозны. Вопросы: 1. Объяснить причину развития ОНМК у данной больной. 2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить для уточнения диагноза? Нарисуйте ЭКГ, характерную для данной патологии. 3. Сформулируйте диагноз больной. 4. Какие осложнения основного заболевания имеются у больной? 5. Дайте краткую характеристику этиологии и патогенеза заболевания у данной больной. 6. Что такое «ритм перепела» и дефицит пульса? 7. Объясните причину ослабления пульса на лучевой артерии слева. 8. Назначьте лечение (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35 Больная С. 56 лет, предъявляет жалобы на головные боли преимущественно в затылочной и височной областях, сердцебиение, одышку при небольшой физической нагрузке, ноющие боли в области сердца. Из анамнеза. В течение 11 лет отмечается высокая артериальная гипертония (АД в пределах 160/100 – 185/110 мм рт.ст). Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно, иногда приступы повышения АД купирует приемом таблетки адельфана. Год назад у больной было острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе отмечает частые семейно-бытовые и производственные стрессовые ситуации. Наследственность по артериальной гипертонии и мозговому инсульту отягощена (отец умер от инсульта в возрасте 52 лет). Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, легкий акроцианоз. Повышенного питания. Над легкими дыхание везикулярное. Пульс 100 в мин. АД 190/115 мм рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии, тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке сердца систолический шум, акцент II тона над аортой. Печень не увеличена, отеков нет. <u>Общий анализ крови</u> – без патологии. <u>Общий анализ мочи</u>: белок - 0,33 ‰, единичные эритроциты в п/зр. <u>Биохимический анализ крови</u>: общий холестерин - 7,2 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, АсТ – 28 ед/л. АлТ – 34 ед/л, билирубин – 16,8 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, мочевины – 7,2 ммоль/л. <u>Глазное дно</u> – артерии резко сужены, уплотнены, вены полнокровны. <u>ЭКГ</u>: признаки гипертрофии левого желудочка с

	явлениями систолической перегрузки. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Какие факторы риска АГ имеются у больной? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить? 4. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. Нарисуйте ЭКГ. 5. Перечислите особенности кардиалгического синдрома при этом заболевании. 6. Опишите патогенез данного заболевания. 7. Какие осложнения имеются у больной? 8. Назначьте современное лечение и меры профилактики (выпишите рецепты).
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36 Больной Д., 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, резкую слабость; накануне однократно была рвота съеденной пищей. В анамнезе: язвенная болезнь желудка. Боли в эпигастрии появились через 10 часов после выполнения физической работы. Нарушений диеты отмечено не было. При объективном исследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. ЧД-18 в 1 минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС=94 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезнен в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины не обнаружено. Печень - у края реберной дуги. Сделан общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин - 128 г/л; Лейкоциты - $9,8 \cdot 10^9/л$; СОЭ -15 мм/час. Был выставлен предварительный диагноз: обострение язвенной болезни желудка. Назначено противоязвенное лечение и больной направлен на фиброгастроскопию (ФГС). На следующий день во время проведения ФГС больной потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД-60/30 мм рт.ст. Пульс 100 в минуту. Живот мягкий. <u>На электрокардиограмме:</u> подъем сегмента ST на 3 мм, отрицательный зубец Т в отведениях III, AVF, II, снижение сегмента ST в отведениях $V_1 - V_3$, высокий остроконечный положительный зубец Т в $V_1 - V_3$. <u>Биохимический анализ крови:</u> лактатдегидрогеназа - 460 ед/л; креатинфосфокиназа - 890 ед/л; КФК МВ-масса 70 ед/л; аспаратаминотрансфераза - 90 ед/л.

	Вопросы: 1. Чем обусловлено резкое ухудшение состояния больного во время проведения ФГС? 2. Оцените данные электрокардиографии. Нарисуйте ЭКГ больного. 3. Ваша интерпретация лабораторных показателей. 4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 5. Сформулируйте диагноз. 6. Какие еще осложнения угрожают больному с данной патологией? 7. Современная тактика оказания медицинской помощи больному с данной патологией (выписать рецепты). 8. Назовите меры профилактики этого заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37 Больной К. 36 лет, экспедитор, обратился с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, вздутие живота, непостоянные тупые боли в правом подреберье. Болен около 4-х лет. Ухудшение состояния наблюдалось после нарушений диеты и употребления алкоголя. К врачу не обращался. Два месяца назад был в командировке, после которой отмечает усиление болей в правом подреберье, появление желтушности склер, неустойчивого стула. Принимал аллохол и но-шпу. Улучшения состояния не наблюдалось, в связи с чем обратился к врачу. В анамнезе острый вирусный гепатит, развившийся после лечения у стоматолога. <u>Объективно:</u> Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Сердце и легкие без патологии. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен желтым налетом. Живот умеренно вздут. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, несколько уплотнена, болезненна, край гладкий. Селезенка не пальпируется, отеков нет. Данные лабораторных исследований: <u>Общие анализы крови и мочи</u> без патологии. <u>Биохимический анализ крови:</u> общий белок - 68 г/л; альбуминов - 51%; глобулинов - α_1 - 4%; α_2 - 10%; β - 13%; γ - 22%; билирубин - 28 мкмоль/л, прямой - 16 мкмоль/л, непрямой - 12 мкмоль/л; тимоловая проба - 5 ед., АЛТ - 94 ед/л; АСТ - 42 ед/л; ПТИ - 85%. Вопросы: 1. Выделите синдромы, скомпоновав их из имеющихся симптомов. 2. Сформулируйте диагноз. 3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Какой вариант острого гепатита чаще осложняется хронизацией процесса?

	5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 6. Какие биохимические показатели крови наиболее информативны для диагностики паренхиматозных поражений печени? 7. Назначьте лечение больному (выпишите рецепты). 8. Какие российские и местные курорты показаны больному?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ПК-10, ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38 Больной Б., 49 лет. Жалобы на слабость, увеличение живота и тяжесть в правом подреберье. Ежедневно употребляет 1 л пива. Увеличение живота заметил 1 месяц назад. <u>Объективно:</u> Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Телеангиоэктазии на коже туловища, гиперемия ладоней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-20 в/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-80 в/мин. АД-115/70 мм рт.ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, пупок сглажен, определяется флюктуация при пальпации. Печень выступает ниже реберной дуги на 3 см, край ее заострен, консистенция плотная. Пальпируется нижний край селезенки. <u>Биохимический анализ крови:</u> билирубин крови - 32 мкмоль/л, АСТ - 80 МЕ/л, АЛТ - 120 МЕ/л, креатинин - 80 мкмоль/л, общий белок - 52 г/л, альбумины – 42%, холестерин – 3,3 ммоль/л, протромбиновый индекс - 50%. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Объясните патогенез заболевания у данного пациента. 3. Как оценить показатель протромбинового индекса у больного? 4. Назначьте дополнительные методы исследования. Консультации каких специалистов необходимы пациенту? 5. Назначьте лечение (выпишите рецепты). 6. Назовите показания для лапароцентеза и введения заменителей плазмы? 7. Какой прогноз при данном заболевании? Какие осложнения могут развиваться? 8. Перечислите меры профилактики. Как проводится расчет гепатотоксичных доз алкоголя?
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39 Больной Г., 25 лет, не работает, поступил в клинику по направлению участкового врача. Жалобы при поступлении на общую слабость, тошноту, плохой аппетит, непостоянные тупые боли в правом подреберье, похудание, боли в суставах рук, ног. Периодически отмечались носовые кровотечения, в последнюю неделю до поступления – повышение температуры до 37,5⁰С.

	Анамнез заболевания: слабость, плохой аппетит отмечает в течение месяца. Боли, тяжесть в правом подреберье наблюдались и ранее в течение года, но к врачам пациент не обращался. Не лечился, диету не соблюдал. Ухудшение состояния в течение недели: появились желтушность склер, тошнота, повысилась температура. Обратился к участковому врачу, госпитализирован в стационар. Анамнез жизни: в детстве перенес болезнь Боткина. Работу с токсическими веществами, прием медикаментов отрицает. После службы в армии не имеет постоянного места работы. Отмечает периодическое использование инъекций наркотиков. На учете у нарколога не состоит. Курит около пачки в день, употребление алкоголя отрицает. <u>Объективно:</u> Состояние средней тяжести. Температура 37,1⁰С. Астеник. Пониженного питания. Кожа и видимые слизистые субиктеричны. На руках по ходу вен следы инъекций. Органы грудной клетки без особенностей. АД 115/70 мм рт.ст. ЧСС 86 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычных размеров, мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Симптомы Мерфи, Ортнера отрицательны. Данные дополнительных исследований: в анализе крови – Л. – 9* 109/л, СОЭ – 30 мм/ч, в биохимическом анализе – общий белок 68 г/л, общий билирубин – 30 мкмоль/л, прямой – 18 мкмоль/л, АЛТ – 228 ед, АСТ – 246 ед, ЩФ – 350 ед, серомукоиды – 1024 ед, СРБ+++ . HBS Ag в крови не выявлен. УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения в печени. признаков портальной гипертензии нет. Вопросы: 1. Какие синдромы наблюдаются у больного? 2. Назовите проявления цитолитического синдрома. 3. Можно ли исключить у больного вирусные гепатиты? 4. Ваш предварительный диагноз. 5. Назначьте дополнительные методы обследования. 6. Назначьте лечение больному. Выпишите рецепты. 7. Каков вероятный прогноз? 8. Назовите меры профилактики заболевания.
ПК-5; ОПК-4, ПК-6, ОПК-5 ПК-8; ОПК-7	СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40 Больная 55 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза. В детстве частые ангины. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. В течение 10 лет отмечает перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке. В последние два года появились отеки, усилилась одышка, кашель.

Объективно. Состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы желтушные, сухие, горячие на ощупь, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. При перкуссии над легкими - притупление в нижних отделах. Аускультативно: жесткое дыхание, в задне-нижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в 1 мин. Шейные вены набухшие, пульсируют. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок смещен влево, вниз, не усилен, ограниченный. Определяется «кошачье мурлыканье» над верхушкой.

Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднелюточной линии, правая - на 1,5 см снаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне III ребра. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий 1 тон, ритм «перепела», диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум более грубый, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 108 в мин., пульс - 91 в мин. малый, аритмичный, частый. АД - 115/80 мм рт.ст.

Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная с острым краем, пульсирует.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты - $10 \times 10^9/л$, п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф - 25%, мон - 10%, СОЭ 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрач., удельный вес 1014, белок - отр.

Биох. анализ крови: белок - 83 г/л, СРБ ++, билирубин общий - 45 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, интервалы R-R различной величины, зубцы P отсутствуют, волны ff, комплексы QRS не расширены.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Оцените изменения на ЭКГ. Нарисуйте ЭКГ.
3. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени?
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. В чем заключается патогенез данного заболевания?
7. Укажите основные группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения (выпишите рецепты).
8. Определите прогноз, меры профилактики заболевания.

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

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения очная
Дисциплина «Факультетская терапия»
2021 – 2022 уч. год**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

1. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника (ПК-5, ПК-6).

2. Нарушения проводимости (блокады) сердца при инфаркте миокарда. ЭКГ-диагностика. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса. Неотложная помощь (ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11).

3. Задача: Больной К., 40 лет, работает слесарем, курит с 18 лет. В течение 4 лет беспокоит надсадный утренний кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при умеренной физической нагрузке, утомляемость.

Объективно: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Повышенного питания. Умеренный диффузный цианоз. Вес 75 кг. Рост 176 см. Пальцы - в виде «барабанных палочек», ногти как «часовые стекла». Грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно над легкими - коробочный звук. Суммарная экскурсия легких - по 4 см с обеих сторон по средней подмышечной линии. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в нижне-боковых отделах - жужжащие и свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Частота дыхания – 22 в минуту. Пульс - 78 в минуту, полный, мягкий, ритмичный, симметричный. Границы сердца - в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Дополнительные методы обследования:

Общий анализ крови: эритроц. $5,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb 161г/л, лейкоциты $6,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ 3мм/ч; рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок тяжистый. Корни легких уплотнены, не структурные.

Спирография: ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 59%.

Анализ мокроты: консистенция слизистая, вязкая, цвет-серая. Микроскопия-эпителиальные клетки в большом количестве, лейкоциты 5-6 в поле зрения.

ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 84 в 1 мин. Признаки гипертрофии правого предсердия, правого желудочка.

Вопросы к задаче:

1. Выделите основные синдромы. (ПК-6)
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. (ПК-6)
3. Составьте план обследования (ПК-5)
4. Назовите этиологические факторы заболевания. (ПК-6)
5. Перечислите основные компоненты необратимой обструкции бронхов. (ПК-6)
6. Перечислите немедикаментозные средства лечения данного больного. (ПК-8)
7. Назовите препараты для базисной терапии (выпишите рецепты). (ПК-8)
8. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению. (ПК-8)

*Промежуточная аттестация
летняя экзаменационная
сессия
2021-2022 учебного года*

Зав. кафедрой
профессор

_____/ Г.Х. Мирсаева/

Согласовано
Начальник отдела качества образования
и мониторинга

_____/ Хусенова А.А./

МП

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Факультетская терапия»

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

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

Оценки «отлично» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «хорошо» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «удовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

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

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает ответ, содержащий:

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

ПРОТОКОЛ экспертизы оценочных материалов

г.Уфа

«__» ____ 20__ года

Факультетская терапия

наименование дисциплины

31.05.01 Лечебное дело

код и наименование направления подготовки/специальности

Фонды оценочных материалов (ФОМ) или средств (ФОС) разработаны в соответствии с

Положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

реквизиты локального нормативного акта

утвержденного решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 25.05.2021г. протокол № 6.

кем, когда

В ходе экспертизы установлено:

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

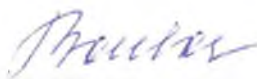
Общие выводы:

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

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

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

Председатель ЦМК
По ТП


подпись

Л.В. Велевач

Протокол № 9 от «08» июня 2021г.

Председатель
специальности
Лечебное дело

УМС


подпись

Е.Р. Фаршатова

Протокол № 8 от «09» июня 2021г.

Дата

МП

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на фонд оценочных материалов (ФОМ) по дисциплине «Факультетская терапия» специальности 31.05.01 Лечебное дело, разработанные сотрудниками кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Комплекс включает тестовые задания, ситуационные задачи

Требования, определяющие качество учебной литературы	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание ФОМ соответствует ФГОС ВО (ФГОС ВО 3++), учебному плану специальности 31.05.01 Лечебное дело	10	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют ФГОС ВО (ФГОС ВО 3++)	10	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Неиспользованы классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала	10	
Требования к стилю изложения 8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 9. Определения четки, доступны для понимания. 10. Однозначность употребления терминов. 11. Соблюдены нормы современного русского языка.	10	
Требования к оформлению 12. ФОМ оформлен аккуратно, в едином стиле	10	
Итого баллов	50	

Заключение:

ФОМ дисциплины «Факультетская терапия» специальности 31.05.01 – Лечебное дело рекомендована для использования в учебном процессе.

«___» _____ 2021 г.

Профессор кафедры факультетской терапии
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»
Минздрава России, доктор медицинских наук

Подпись профессора А.А. Кравченко датой: 04.08.2021
Ноголодник ЧК

А.А. Кравченко
С.Н. Скворцов



ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

На фонд оценочных материалов (ФОМ) по дисциплине «Факультетская терапия» специальности 31.05.01 Лечебное дело,

разработанные сотрудниками кафедры факультетской терапии

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Комплекс включает тестовые задания, ситуационные задачи

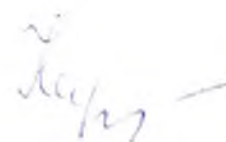
Требования, определяющие качество учебной литературы	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание ФОМ соответствует ФГОС ВО (ФГОС ВО 3++), учебному плану специальности 31.05.01 Лечебное дело	10	
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют ФГОС ВО (ФГОС ВО 3++)	10	
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы. 4. Авторами использованы методы стандартизации. 5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др. 6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям. 7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала	10	
Требования к стилю изложения 1. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей. 2. Определения четки, доступны для понимания. 3. Однозначность употребления терминов. 4. Соблюдены нормы современного русского языка.	10	
Требования к оформлению 5. ФОМ оформлен аккуратно, в едином стиле	10	
Итого баллов	50	

Заключение:

ФОМ дисциплины «Факультетская терапия» специальности 31.05.01 – Лечебное дело рекомендована для использования в учебном процессе.

«___» _____ 2021 г.

Заведующий кафедрой внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,
профессор, доктор медицинских наук



И.А. Казакова

М.П.

Подпись гр. Казакова И.А.
завещаю: начальник общего отдела
О.В. Ключева
(подпись)