

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



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе
Д.А. Валишин

30 мая 2024 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ

Разработчик	Кафедра факультетской терапии
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Наименование ОПОП	31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач – педиатр
ФГОС ВО	Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «12» августа 2020 г. № 965

Цель и задачи ОМ (ОС)

Цель ОМ (ОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия, изучивших дисциплину «Факультетская терапия».

Основной задачей ОМ (ФОС) дисциплины «Факультетская терапия» является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине/практике «Факультетская терапия»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность	31.05.02 Педиатрия
2.	Кафедра	Факультетская терапия
3.	Автор-разработчик	Д.м.н., проф. Мирсаева Г.Х., к.м.н. доц. Амирова Г.Ф.
4.	Наименование дисциплины	Факультетская терапия
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	180 ч/5 з.е.
6.	Наименование папки	Оценочные материалы по дисциплине «Факультетская терапия»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	310
8.	Количество заданий при тестировании обучающегося	35 (25/10)
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	90 минут
14.	Вопросы к аттестации	71
15.	Задачи	11

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.1
	ОПК-5.2
	ОПК-5.3
ОПК-7. Способен назначить лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.1
	ОПК-7.2
	ОПК-7.3
ПК-13. Способность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	ПК-13.1
	ПК-13.2
	ПК-13.3
	ПК-13.4
	ПК-13.5
	ПК-13.6
ПК-14. Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-14.1
	ПК-14.2
	ПК-14.3

Код контролируемой компетенции

ОПК-5. Способность оценивать морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

На открытое задание рекомендованное время – 4 минуты

№	Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильные ответы
		<i>Дополните</i>	
1	ОПК-5/	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО	КОРОБОЧНЫЙ

	ОПК-5.2	ВЫЯВЛЯЮЩИЙСЯ ХАРАКТЕР ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА ПРИ ХОБЛ	
2	ОПК-5/ ОПК-5.3	ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ	АШОФФ-ТАЛАЛАЕВСКИЕ ГРАНУЛЕМЫ
3	ОПК-5/ ОПК-5.2	ДЛЯ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО	ЖЕЛТУХА, АНЕМИЯ, РЕТИКУЛОЦИТОЗ В КРОВИ
4	ОПК-5/ ОПК-5.2	ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО	ЖЕЛТУХА, КОЖНЫЙ ЗУД, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ
5	ОПК-5/ ОПК-5.2	ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО	ЖЕЛТУХА, УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА
6	ОПК-5/ ОПК-5.2	ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ СТРИКТУРА ФАТЕРОВА СОСКА РАК ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
7	ОПК-5/ ОПК-5.3	СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ В ПРОБЕ РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ	80-120 МЛ/МИН
8	ОПК-5/ ОПК-5.3	МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ - ЭТО ПОТЕРЯ БЕЛКА С МОЧОЙ В ОБЪЕМЕ	30-300 МГ\СУТ
9	ОПК-5/ ОПК-5.1	В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ	ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ ОТЛОЖЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ "АНТИГЕН - АНТИТЕЛО" НА ФИЛЬТРУЮЩЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КЛУБОЧКА ОБРАЗОВАНИЕ КАПИЛЛЯРНЫХ МИКРОТРОМБОВ
10	ОПК-5/ ОПК-5.2	КЛАПАННАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ	НЕПОЛНОЕ СМЫКАНИЕ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СЛЕДСТВИЕ ИХ ОРГАНИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ
11	ОПК-5/ ОПК-5.1	ЩЕЛЧОК ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ 0,06-0,12 СЕКУНД ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ

			АОРТАЛЬНЫХ КЛАПАНОВ
12	ОПК-5/ ОПК-5.2	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ РАЗВИТИЯ	ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ «ПАССИВНОГО» ТИПА
13	ОПК-5/ ОПК-5.4	ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО	ПОСТОЯННОЙ ВЫРАБОТКОЙ АУТОАНТИТЕЛ К АНТИГЕНАМ БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ КЛУБОЧКОВ
14	ОПК- 5/ОПК- 5.1	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ	БРОНХОГРАФИЯ
15	ОПК- 5/ОПК- 5.1	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ	НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН
16	ОПК- 5/ОПК- 5.1	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. ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
17	ОПК- 5/ОПК- 5.1	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	ПРАВСТОРОННИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ

		ЗВУК, ДЫХАНИЕ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ. ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА СМЕЩЕНА НА 1,5 СМ К НАРУЖИ ОТ СРЕДИННОКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ. ЭТИМ ДАННЫМ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗ	
18	ОПК-5/ОПК-5.1	ПРИ 2 СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА АУСКУЛЬТАТИВНО ХАРАКТЕРНО	УЧАСТКИ «НЕМОГО ЛЕГКОГО»
19	ОПК-5/ОПК-5.1	ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ	ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
20	ОПК-5/ОПК-5.1	ФАКТОР, НЕ УЧАСТВУЮЩИЙ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТЕК
21	ОПК-7/ОПК-7.1	СРЕДСТВА ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИЕ В-АДРЕНОМИМЕТИКИ
22	ОПК-5/ОПК-5.1	АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА «НЕМОГО ЛЕГКОГО» ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОБУСЛОВЛЕНА	ПОЛНОЙ ОБТУРАЦИЕЙ ПРОСВЕТА БРОНХОВ ВЯЗКОЙ МОКРОТОЙ С РАЗВИТИЕМ АТЕЛЕКТАЗОВ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ
23	ОПК-5/ОПК-5.1	СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	БА - ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ С УЧАСТИЕМ ЭОЗИНОФИЛОВ, ТУЧНЫХ КЛЕТОК И Т-ЛИМФОЦИТОВ
24	ОПК-5/ОПК-5.1	ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНАМИ И СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ С КОНТАКТОМ С ЭТИМИ АЛЛЕРГЕНАМИ
25	ОПК-5/ОПК-5.1	ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ	БРОНХОПНЕВМОНИЯ
26	ОПК-5/ОПК-5.1	ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТЛИЧАЕТСЯ	НАЛИЧИЕМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
27	ОПК-5/ОПК-5.1	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА	ОПОЯСЫВАЮЩИЕ БОЛИ
28	ОПК-	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ	БРОНХОГРАФИЯ

	5/ОПК-5.1	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ	
29	ОПК-5/ОПК-5.1	ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНОГО С ХОБЛ	НАБУХАНИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН
30	ОПК-5/ОПК-5.1	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. ПРИВЕДЕННУЮ ВЫШЕ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ МОЖЕТ ОБУСЛОВИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ	ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
31	ОПК-5/ОПК-5.1	ПРЕХОДЯЩАЯ ОХРИПЛОСТЬ ГОЛОСА КАК СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
32	ОПК-5/ОПК-5.1	РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
33	ОПК-5/ОПК-5.1	УСИЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
34	ОПК-5/ОПК-5.1	ГОЛОСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА, ИРРАДИИРУЮЩИЙ В ЛЕВУЮ ПОДМЫШЕЧНУЮ ОБЛАСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
35	ОПК-5/ОПК-5.1	ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ	НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
36	ОПК-5/ОПК-5.1	СИМПТОМ КВИНKE («ПСЕВДОКАПИЛЛЯРНЫЙ ПУЛЬС») ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
37	ОПК-5/ОПК-5.1	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ФЛИНТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
38	ОПК-5/ОПК-	ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН	ОТНОСИТЕЛЬНЫМ МИТРАЛЬНЫМ

	5.1		СТЕНОЗОМ
39	ОПК-5/ОПК-5.1	НА КРУПНЫХ АРТЕРИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ ПРИ	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
40	ОПК-5/ОПК-5.1	PULSUS DIFFERENS ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ	МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
41	ОПК-5/ОПК-5.1	НАБЛЮДАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
42	ОПК-5/ОПК-5.1	ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА ПРИ	АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ
43	ОПК-5/ОПК-5.1	НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ	МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ
44	ОПК-5/ОПК-5.1	НА ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ	НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
45	ОПК-5/ОПК-5.1	ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ МЮССЭ, КВИНКЕ И ШУМ ФЛИНТА ПРИ	НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
46	ОПК-5/ОПК-5.1	АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ	СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, УСИЛИВАЮЩИЙСЯ НА ВЫСОТЕ ВДОХА
47	ОПК-5/ОПК-5.1	ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ЦВД) ПРИ ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	ПОВЫШАЕТСЯ
48	ОПК-5/ОПК-5.1	У БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВПРАВО И ВВЕРХ, СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДРОЖАНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. У БОЛЬНОЙ ВЕРОЯТЕН	СТЕНОЗ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
49	ОПК-5/ОПК-5.1	У БОЛЬНОГО 42 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА ВЛЕВО И ВНИЗ, ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В ТОЧКЕ БОТКИНА-ЭРБА. У БОЛЬНОЙ ВЕРОЯТЕН	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
50	ОПК-	ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ	СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ

	5/ОПК-5.1	НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРЕН	НА ВЕРХУШКЕ
--	-----------	-------------------------------	-------------

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

51	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
52	ОПК-5/ ОПК-5.1	В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ а) нарушение насосной функции сердца б) снижение АД в) снижение функции автоматизма сердца г) гипертрофия левого желудочка	а
53	ОПК-5/ ОПК-5.1	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) ожирение б) гиподинамия в) курение г) наличие порока сердца	г
54	ОПК-5/ ОПК-5.1	ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЕДЕТ К ПЕРЕГРУЗКЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ВСЛЕДСТВИЕ а) повышения легочного сопротивления б) спазма легочных артериол в) ретроградной передачи повышенного давления на сосуды малого круга г) снижения периферического сопротивления	в
55	ОПК-5/ ОПК-5.1	ОСНОВНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) тканевая гипоксия б) снижение систолической или диастолической функции миокарда в) гиперактивация симпато -адреналовой системы г) активация местных тканевых РАС	б
56	ОПК-5/ ОПК-5.1	ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС) б) активация симпатико-адреналовой системы в) снижение сократительной способности миокарда г) активация выработки альдостерона и вазопрессина (АДГ)	в

57	ОПК-5/ ОПК-5.1	РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЫ СПОСОБСТВУЕТ а) появление отеков на нижних конечностях б) повышение давления в легочных капиллярах в) депонирование крови в печени г) уменьшение постнагрузки	б
58	ОПК-5/ ОПК-5.1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ХОБЛ б) тромбоз легочной артерии в) кардиомиопатии г) миокардит	а
59	ОПК-5/ ОПК-5.2	К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВАСКУЛИТОМ ИЛИ ЭМБОЛИЕЙ ОТНОСЯТ а) пятна Лукина б) пальцы в виде барабанных палочек в) ногти в виде часовых стекол г) подкожные ревматические узелки	а
60	ОПК-5/ ОПК-5.1	ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ а) генетическая предрасположенность к атопии б) пол в) ожирение г) аллергены	г
61	ОПК-5/ ОПК-5.1	ПРИ 1 СТУПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СИМПТОМЫ (ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ) НАБЛЮДАЮТСЯ а) реже 1 раза в месяц б) реже 1 раза в неделю в) реже 1 раза в день	б
62	ОПК-5/ ОПК-5.1	К ОСНОВНЫМ ЗВЕНЬЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ а) бактериемия б) атеросклероз в) гиперхолестеринемия г) активация РААС	а
63	ОПК-5/ ОПК-5.1	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ а) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе б) после операций на полости рта	г

64	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p> <p>а) отеки б) одышка в) гипертония г) гематурия</p>	б
65	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ</p> <p>а) минимальных изменениях клубочков б) мезангиопиллярном в) фокальном сегментарном г) мембранозном</p>	а
66	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p> <p>а) иммунокомплексный б) антительный (антитела к базальной мембране почечных клубочков) в) токсическое повреждение почки г) дистрофические изменения почек</p>	а
67	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА</p> <p>а) эклампсия б) сердечная астма и отёк лёгких в) геморрагический инсульт г) ХПН</p>	а, б, в
68	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>а) наличием хронических очагов инфекции б) сенсibilизацией организма к возбудителю в) подавлением иммунной системы г) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембраны клубочков</p>	г
69	ОПК-5/ ОПК-5.1	<p>ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, АРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДЯЩИЙ К РАЗВИТИЮ ХПН</p> <p>а) гематурический б) латентный в) смешанный г) гипертонический</p>	в

70	ОПК-5/ ОПК-5.1	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХПН а) мембранозный б) мезангиопролиферативный в) фокально-сегментарный г) экстракапиллярный с полулуниями	г
71	ОПК-5/ ОПК-5.1	В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ а) 10-12 дней б) 3-4 дня в) 1 неделя г) 1 месяц	а

Код контролируемой компетенции

ОПК-7. Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

На открытое задание рекомендованное время – 4 минуты

№	Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>			
72	ОПК-7/ ОПК -7.1	ПРЕПАРАТЫ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ МУКОЛИТИКАМИ	АЦЕТИЛЦИСТЕИН ЙОДИД КАЛИЯ ТРИПСИН МУКАЛТИН
73	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ПОВЫШЕННЫМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ	ЛАЗИКСА
74	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НИЗКИМ АД НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ	ДОФАМИНА
75	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С	ДИГОКСИНА

		МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ	
76	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ С ВВЕДЕНИЯ	ЛИДОКАИНА
77	ОПК-7/ ОПК -7.2	ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С ВВЕДЕНИЯ	МОРФИНА
78	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ СИНДРОМЕ ДРЕССЛЕРА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ	ГЛЮКОКОРТИК ОИДЫ
79	ОПК-7/ ОПК -7.2	КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА	ГЕПАРИН
80	ОПК-7/ ОПК -7.1	АНТИАНГИНАЛЬНЫМ И ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ СТЕНОКАРДИИ ОБЛАДАЕТ	МЕТОПРОЛОЛ
81	ОПК-7/ ОПК -7.2	СИНДРОМ «ОБКРАДЫВАНИЯ» У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ	ДИПИРИДАМОЛ А
82	ОПК-7/ ОПК -7.2	БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ СТРАДАЕТ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2-Й СТ., ИМЕЕТ МЕСТО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ ТИП ГЕМОДИНАМИКИ. СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	БЕТТА- АДРЕНОБЛОКА ТОРАМ
83	ОПК-7/ ОПК -7.2	У БОЛЬНОГО 58 ЛЕТ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОГО КРИЗА РАЗВИЛСЯ ОТЕК ЛЕГКИХ. АД - 220/140 ММ РТ. СТ. В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТ	ЛАЗИКС
84	ОПК-7/ ОПК -7.1	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ	ДОПЕГИТ (МЕТИЛДОПА)
85	ОПК-7/ ОПК -7.2	К ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА 2-3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ	ИНГИБИТОРЫ АПФ
86	ОПК-7/ ОПК -7.2	К ХОЛЕРЕТИКАМ ОТНОСЯТСЯ	ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ЖЕЛЧЬ
87	ОПК-7/ ОПК -7.2	РАСТВОРЕНИЮ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЮТ	ПРЕПАРАТЫ УРСОДЕЗОКСИХ ОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ
88	ОПК-7/ ОПК -7.2	ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА	ГЛЮКОКОРТИК ОСТЕРОИДЫ+Ц

		ВКЛЮЧАЕТ	ИТОСТАТИКИ+ АНТИКОАГУЛЯ НТЫ+ ДЕЗАГРЕГАНТЫ
89	ПК-7/ ПК-7.2	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОКАЗАНЫ	СПАЗМОЛИТИК И
90	ОПК-7/ ОПК -7.1	ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	УРСОФАЛЬК
91	ОПК-7/ ОПК -7.2	БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ С ДЛИТЕЛЬНЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПРИСТУПАМИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. ПРОТИВОПОКАЗАНЫ	ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
92	ОПК-7/ ОПК -7.2	ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ	ИНТЕРФЕРОН α
93	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРЕПАРАТ СНИЖАЮЩИЙ РЕФЛЮКС	МОТИЛИУМ, ИТОПРИД
94	ОПК-7/ ОПК -7.2	В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИЕЙ, НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧАТЬ	ФЕСТАЛ
95	ОПК-7/ ОПК -7.2	ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ	ИНТЕРФЕРОН α
96	ОПК-7/ ОПК -7.2	ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ АНТИБИОТИКАМИ	ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ
97	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ФЛОРОЙ	АМОКСИЦИЛЛИ Н
98	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ	ЦЕФТРИАКСОН
99	ОПК-7/ ОПК -7.2	АНТИБИОТИК ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ	АЗИТРОМИЦИН
100	ОПК-7/ ОПК -7.2	ГРУППА АНТИБИОТИКОВ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ	МАКРОЛИДЫ
101	ОПК-7/ ОПК -7.2	АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАННЫЙ БОЛЬНОМУ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	АМЛОДИПИН
102	ОПК-7/ ОПК -7.1	БОЛЬНОЙ 45-ЛЕТ ПОЛУЧАЕТ ПО ПОВОДУ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	ПРОТАМИНСУЛ Ь-ФАТ

		ИНЪЕКЦИИ ГЕПАРИНА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ПРЕПАРАТА РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ДЛЯ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ ГЕПАРИНА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ	
103	ОПК-7/ ОПК -7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ	УМЕНЬШЕНИЕ ЧСС И ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ
104	ОПК-7/ ОПК -7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ ПРИ ИБС СЛЕДУЮЩИЙ	РАСШИРЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ, УМЕНЬШЕНИЕ ПРЕДНАГРУЗКИ И ПОТРЕБНОСТИ МИОКАРДА В КИСЛОРОДЕ
105	ОПК-7/ ОПК -7.2	С АНТИАГРЕГАНТНОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИМЕНЯЮТ	КЛОПИДОГРЕЛЬ
106	ОПК-7/ ОПК -7.3	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	УСТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОДА И ПРОВЕДЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ
107	ОПК-7/ ОПК -7.3	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	НИТРОГЛИЦЕРИН ВНУТРИВЕННО
108	ОПК-7/ ОПК -7.1	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ ДЕЗАГРЕГАНТ	АСПИРИН
109	ОПК-7/ ОПК -7.2	У БОЛЬНОГО РАЗВИЛСЯ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, С ВВЕДЕНИЯ КАКОГО ПРЕПАРАТА НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ	НИТРОГЛИЦЕРИН В/В
110	ОПК-7/ ОПК -7.2	ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ ПРИМЕНЯЮТ	ФУРОСЕМИД В/В
111	ОПК-7/ ОПК -7.3	БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ	ПРЕПЯТСТВУЕТ АГРЕГАЦИИ

		ПРОФИЛАКТИКИ НАЗНАЧАЮТ ДЛИТЕЛЬНО АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ, ПОТОМУ ЧТО ОНА	ТРОМБОЦИТОВ
112	ОПК-7/ ОПК -7.1	ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ СХЕМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ	ОМЕПРАЗОЛ+А МОКСИЦИЛЛИН +КЛАРИТРОМИ ЦИН
113	ОПК-7/ ОПК -7.1	ДЛЯ ПРЕПАРАТА ФАМОТИДИН ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ	БЛОКАТОР H ₂ -ГИСТАМИНОРЕ ЦЕПТОРОВ
114	ОПК-7/ ОПК -7.1	ДЛЯ ПРЕПАРАТА АЛЬМАГЕЛЬ ПОДБЕРИТЕ ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКУ	АНТАЦИД
115	ОПК-7/ ОПК -7.2	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	НАТУРАЛЬНЫЙ ЖЕЛУДОЧНЫЙ СОК
116	ОПК-7/ ОПК -7.2	КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИЕЙ	ФАМОТИДИН
117	ОПК-7/ ОПК -7.2	У 50-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОЗНИК ОЧЕРЕДНОЙ ПРИСТУП ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА	ПЛАТИФИЛЛИН
118	ОПК-7/ ОПК -7.3	В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ	СПАЗМОЛИТИЧ ЕСКИЕ СРЕДСТВА
119	ОПК-7/ ОПК -7.2	У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ОЛГИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ, СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 200 МЛ. СКОЛЬКО ЖИДКОСТИ МОЖНО ВВОДИТЬ БОЛЬНОМУ	700 МЛ
120	ОПК-7/ ОПК -7.3	В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ	ХОЛЕКИНЕТИК И
121	ОПК-7/ ОПК -7.3	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	НО-ШПА

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильный ответ
---------------------------------------	---------	---------------------

122	ОПК-7/ ОПК-7.3	НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ а) введение прессорных аминов б) лазикс внутривенно в) эуфиллин внутрь г) ингаляция симпатомиметика	б
123	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) лазикс б) верошпирон в) диакарб г) гипотиазид	б
124	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ а) дигоксин б) строфантин в) верошпирон г) коргликон	в
125	ОПК-7/ ОПК-7.4	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β -БЛОКАТОРОВ а) синусовая тахикардия б) желудочковая тахикардия в) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия г) бронхиальная астма	г
126	ОПК-7/ ОПК-7.1	КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	а
127	ОПК-7/ ОПК-7.1	ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	б
128	ОПК-7/ ОПК-7.1	МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	в

129	ОПК-7/ ОПК-7.1	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ а) верапамил б) атенолол в) метилдопа г) гипотиазид	а
130	ОПК-7/ ОПК-7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ а) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) подавление синтеза апопротеина В-100 г) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника	а
131	ОПК-7/ ОПК-7.1	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭЗЕТИМИБА а) подавление синтеза ЛПОНП в гепатоците б) подавление абсорбции холестерина в кишечнике в) подавление синтеза апопротеина В-100 г) связывание желчных кислот в просвете тонкого кишечника	б
132	ОПК-7/ ОПК-7.1	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ а) статины б) фибраты в) секвестранты желчных кислот г) препараты никотиновой кислоты	а
133	ОПК-7/ ОПК-7.1	НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ а) амоксициллин б) флуконазол в) цефтриаксон г) ванкомицин	б
134	ОПК7/ ОПК-7.1	К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ а) глюкокортикоиды б) дезагреганты в) гипотензивные г) антикоагулянты	в
135	ОПК7/ ОПК-7.1	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) метаболический ацидоз б) анурия в) анасарка г) высокая гиперкалиемия	г

136	ОПК7/ ОПК-7.1	ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ а) индометацин б) преднизолон в) азатиоприн г) делагил	б
137	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	г
138	ОПК-7/ ОПК-7.1	К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метоклопрамид в) де-нол г) дротаверин	г
139	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	г
140	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН а) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	а
141	ОПК-7/ ОПК-7.1	ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ а) блокатор H ₂ -гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	г
142	ОПК-7/ ОПК-7.1	К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ а) омепразол б) зантак в) протаб г) смекта	а
143	ОПК-7/ ОПК-7.1	К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метронидазол в) атропин г) сукральфат	г

144	ОПК-7/ ОПК-7.1	ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ а) панкреатин б) метоклопрамид в) кларитромицин г) дротаверин	б
145	ОПК-7/ ОПК-7.1	ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ а) панкреатина б) метоклопрамида в) де-нола г) метронидазола	в
146	ОПК-7/ ОПК-7.2	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 а) метоклопрамид б) промедол в) атропин г) анальгин	а

Код контролируемой компетенции

ПК-13. Способность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

На открытое задание рекомендованное время – 4 минуты

№	Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>			
147	ПК-13/ ПК-13.3	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА	ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА
148		ЗАБОЛЕВАНИЯ(ЗАБОЛЕВАНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ(ЕЕ) К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА	ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ХОБЛ, СИЛИКОЗ, ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ,
149		ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ	СУХИЕ ЖУЖЖАЩИЕ ХРИПЫ НА ВДОХЕ И

		БРОНХИТУ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ БРОНХОВ	ВЫДОХЕ
150		У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ	ДИФФУЗНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ
151		ЧТО ОТНОСИТСЯ К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС	НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ВОЗРАСТ ПОЛ
152		МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ИБС	КОРОНАРОГРАФИЯ
153		ДЛЯ ПЕРЕДНЕПЕРЕГОРОДОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ПРОЯВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛЕДУЮЩИХ ОТВЕДЕНИЯХ НА ЭКГ	V ₁ -V ₃
154		ЭКГ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ	НАЛИЧИЕ КОМПЛЕКСА Q
155		ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ	СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА
156		ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЧАСТО ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ	В - ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А
157		ОСНОВНОЙ ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ	СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ
158		ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ	2-3 НЕДЕЛИ
159		ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЭТИОЛОГИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИГРАЕТ	В-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СРЕПТОКОКК ГРУППЫ А
160		ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ	СКАРЛАТИНЫ

		ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИИ	
161		К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НА ЭКГ ОТНОСИТСЯ	УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PQ
162		НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ	РЕВМАТИЗМА ИНФАРКТА МИОКАРДА ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
163		ПРИ СОЧЕТАННОМ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ГРАНИЦЫ СЕРДЦА СМЕЩАЮТСЯ	ВЛЕВО, ВВЕРХ И ВПРАВО
164		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ	УВЕЛИЧЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ
165		ВЕЛИЧИНА ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ДОСТИГАЕТ	20 - 30 ММ РТ. СТ.
166		КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	ИСЧЕЗАЕТ
167		ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ
168		ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ МЕЗОСИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК, ЗА КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ КОРОТКИЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ТО МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ	ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
169		УКАЖИТЕ R- ПРИЗНАКИ СОЧЕТАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА	ТАЛИЯ СЕРДЦА СГЛАЖЕНА, КОНТРАСТИРОВАННЫЙ ПИЩЕВОД ОТКЛОНЯЕТСЯ ПО ДУГЕ МАЛОГО И БОЛЬШОГО РАДИУСА
170		ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН	ОТНОСИТЕЛЬНЫМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
171		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ	ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

172		РЕФЛЕКС КИТАЕВА (АКТИВНЫЙ СПАЗМ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИОЛ) ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ	ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РОСТА ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ (БОЛЕЕ 25 ММ РТ.СТ.) И В ЛЕГОЧНЫХ ВЕНАХ
173		КАКОЙ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	БИОПСИЯ
174		ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КАКОЙ ЭТИОЛОГИИ В БИОПТАТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТЕЛЬЦА МАЛЛОРИ	АЛКОГОЛЬНОЙ
175		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 10 СМ. БИЛИРУБИН - 96 МКМОЛЬ/Л, ПРЯМОЙ - 80 МКМОЛЬ/Л, ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА - 400 ЕД, АЛТ - 86 ЕД. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
176		СРЕДИ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ	ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ
177		ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ	ПРОБА РЕБЕРГА-ТАРЕЕВА
178	ПК-13/ ПК-13.5	МАРКЕРЫ ХОБЛ	НЕЙТРОФИЛЫ НЕОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ
179	ПК-13/ ПК-13.1	КОЛИЧЕСТВО ПАЧКА/ЛЕТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ	ЧИСЛО ВЫКУРИВАЕМЫХ СИГАРЕТ В СУТКИ СТАЖ КУРЕНИЯ (ГОДЫ)
180181	ПК-13/ ПК-13.1	ПАЦИЕНТА МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЗЛОСТНОГО КУРИЛЬЩИКА, ЕСЛИ ИНДЕКС КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА (ИКЧ)	>120
182	ПК-13/ ПК-13.5	ПОКАЗАТЕЛЬ ОФВ ₁ ПРИ ХОБЛ 2 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ	<80%
183	ПК-13/ ПК-13.5	ПОКАЗАТЕЛЬ ОФВ ₁ ПРИ ХОБЛ 3 СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ	< 50%
184	ПК-13/ ПК-13.5	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБРАТИМОЙ, ЕСЛИ ПРИРОСТ ОФВ ₁ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОДИЛАТАЦИОННОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ	≥ 15%

185	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ
186	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ	ПРОБА ТИФФНО
187	ПК-13/ ПК-13.5	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА С	САЛЬБУТАМОЛОМ
188	ПК-13/ ПК-13.2	ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ	ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ НА ЛЕВОМ БОКУ В ФАЗЕ ВЫДОХА
189	ПК-13/ ПК-13.2	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЛЕВОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	НАЛИЧИЕ "ЩЕЛЧКА ОТКРЫТИЯ" МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
190	ПК-13/ ПК-13.5	НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ	5,0-20,5 МКМОЛЬ/Л
191	ПК-13/ ПК-13.5	ТОЛЬКО ПРЯМАЯ (КОНЪЮГИРОВАННАЯ) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
192	ПК-13/ ПК-13.5	УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ
193	ПК-13/ ПК-13.5	О ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ	УРОВНЯ ЩФ
194	ПК-13/ ПК-13.2	ДЛЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО	СКУДНЫЕ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ
195	ПК-13/ ПК-13.1	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ХАРАКТЕРОМ БОЛЕЙ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ	СТОЙКАЯ ЗАГРУДИННАЯ ДАВЯЩАЯ, ИНОГДА ЖГУЧАЯ, С ШИРОКОЙ ИРРАДИАЦИЕЙ
196	ПК-13/ ПК-13.1	ДЛЯ ИНФАРКТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ТЭЛА ХАРАКТЕРНО	ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ И БОЛИ В ГРУДИ
197	ПК-13/ ПК-13.5	ЛЕЙКОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ	ВИРУСАМИ
198	ОПК-4/ ОПК-4.1	ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ	СНИЖЕНИЕ ЖЕЛ
199	ПК-13/ ПК-13.3	В ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ОТМЕЧЕНО МАССОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПНЕВМОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С МАЛОПРОДУКТИВНЫМ КАШЛЕМ И ВЫРАЖЕННЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ДВУСТОРОННЕЕ УСИЛЕНИЕ	МИКОПЛАЗМА

		ЛЕГОЧНОГО РИСУНКА В ПРИКОРНЕВЫХ ОБЛАСТЯХ, ПОЛИМОРФНЫЕ ОЧАГИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ, ЦЕФАЛОСПОРИНАМИ НЕЭФФЕКТИВНА. ВЕРОЯТНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ	
200	ПК-13/ ПК-13.2	ДЛЯ ФРИДЛЕНДЕРОВСКОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО	ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХАРАКТЕР ПНЕВМОНИИ ФОРМИРОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ
201	ПК-13/ ПК-13.6	У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ С КОНДИЦИОНЕРАМИ ОСТРО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ДО 40 °, ПОЯВИЛСЯ ОЗНОБ, КАШЕЛЬ С МОКРОТОЙ, КРОВОХАРКАНЬЕ, БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ДИАРЕЯ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ С ОБЕИХ СТОРОН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ	ЛЕГИОНЕЛЛА
202	ПК-13/ ПК-13.5	ПНЕВМОНИЯ СЧИТАЕТСЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ (ГОСПИТАЛЬНОЙ), ЕСЛИ ОНА ДИАГНОСТИРОВАНА	ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ И БОЛЬШЕ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
203	ПК-13/ ПК-13.5	ОСЛОЖНЕНИЮ ПНЕВМОНИИ АБСЦЕССОМ СПОСОБСТВУЮТ	ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ
204	ПК-13/ ПК-13.5	ПРИЗНАК НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО РЕСТРИКТИВНОМУ ТИПУ	СНИЖЕНИЕ ЖЕЛ
205	ПК-13/ ПК-13.5	ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОСТРЫЙ АБСЦЕСС И ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО, ПРОНИКАЮТ В ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО	АСПИРАЦИОННЫМ ПУТЕМ
206	ПК-13/ ПК-13.5	ГАНГРЕНУ ЛЕГКОГО ОТ ОСТРОГО АБСЦЕССА ОТЛИЧАЕТ	ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОТГРАНИЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ
207	ПК-13/ ПК-13.2	ПОЯВЛЕНИЕ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ	ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ
208	ПК-13/ ПК-13.5	У 42-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПОСЛЕ	ПОЯВЛЕНИЕМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

		ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИНЫ ПОЯВИЛИСЬ ЧАСТЫЕ ПРЕДСЕРДНЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ, ОЩУЩАЕМЫЕ БОЛЬНЫМ КАК НЕПРИЯТНЫЕ "ТОЛЧКИ" В ГРУДИ. ДАННОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА УГРОЖАЕТ	
209	ПК-13/ ПК-13.5	У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ ПРОБОЙ ВАЛЬСАЛЬВЫ. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН	ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ
210	ПК-13/ ПК-13.5	ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ, РАВНОГО 0,28 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО	БЛОКАДЫ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ 1 СТЕПЕНИ
211	ПК-13/ ПК-13.5	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 – 36 В МИНУТУ, ПРИЗНАКОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО	ИМПЛАНТАЦИЯ ЭКС
212	ПК-13/ ПК-13.1	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ	ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА S ВОЗНИКАЮЩИЕ ОДНОВРЕМЕННО ПР НАГРУЗКЕ
213	ПК-13/ ПК-13.5	ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ СТЕНОКАРДИИ СВЯЗАН С	УМЕНЬШЕНИЕМ ЧАСТОТЫ И СИЛЫ СОКРАЩЕНИИ СЕРДЦА
214	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ	ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ ST
215	ПК-13/ ПК-13.5	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА	ЛОКАЛЬНЫЙ ГИПОКИНЕЗ СТЕНКИ ЖЕЛУДОЧКА
216	ПК-13/ ПК-13.5	ГИПЕРЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ЛПНП И ЛПОНП ЯВЛЯЕТСЯ ТИП	ПБ

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
217	ПК-13/ ПК-13.4	<p>ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)</p> <p>а) выявление НР в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>в) выделение чистой культуры НР и определение ее чувствительности к антибиотикам</p> <p>г) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)</p>	б
218	ПК-13/ ПК-13.4	<p>БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)</p> <p>а) выявление НР в мазках -отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выделение чистой культуры и определение ее чувствительности к антибиотикам</p> <p>в) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)</p> <p>г) определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C (дыхательный тест)</p>	б
219	ПК-13/ ПК-13.4	<p>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)</p> <p>а) выявление НР в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выделение чистой культуры НР и определение чувствительности к антибиотикам</p> <p>в) выявление антител IgM и IgG к НР в крови с помощью ИФА</p> <p>г) выявление фрагментов ДНК НР методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)</p>	в
220	ПК-13/ ПК-13.4	<p>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)</p> <p>а) выявление НР в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР</p> <p>в) изучение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка (CLO-тест)</p> <p>г) выявление антител IgM и IgG к НР в крови с помощью иммуноферментного анализа</p>	б

221	ПК-13/ ПК-13.4	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (НР)</p> <p>а) выявление НР в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка б) выявление НР в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка в) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР</p>	а
222	ПК-13/ПК-13.4	<p>БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (НР) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ</p> <p>а) изучение уреазной активности НР в биоптатах слизистой оболочки желудка (CLO-тест) б) выявление антител IgM и IgG к H.pylori в крови с помощью иммуноферментного анализа в) выделение чистой культуры НР и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК НР в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР</p>	а
223	ПК-13/ ПК-13.3	<p>ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЗАСТОЙНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) периферические отеки нижних конечностей б) гипертензия в малом круге кровообращения в) выпот в плевральных полостях г) увеличение живота</p>	а
224	ПК-13/ ПК-13.2	<p>ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) отеки б) одышка в) увеличение печени г) цианоз</p>	б
225	ПК-13/ ПК-13.4	<p>НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) электрокардиография б) эхокардиография в) рентгенография сердца в трех проекциях г) фонокардиография</p>	б
226	ПК-13/ ПК-13.3	<p>ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ</p> <p>а) железодефицитная б) В₁₂-дефицитная в) гипопластическая (апластическая) г) гемолитическая</p>	б)

227	ПК-13/ ПК-13.5	<p>В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) рентгеноскопия желудка б) реакция Грегерсена в) фиброгастроскопия с прицельной биопсией г) исследование желудочной секреции с гистамином</p>	в
228	ПК-13/ ПК-13.2	<p>ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА ПРИ ТОЛЧКОВОЙ ПЕРКУССИИ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 5-6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О</p> <p>а) развитии перфорации желудка б) развитии желудочного кровотечения в) обострении хронического гастрита г) развитии стеноза привратника</p>	г
229	ПК-13/ ПК-13.5	<p>САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>а) рентгенологическое б) кала на скрытую кровь в) желудочной секреции г) эндоскопическое</p>	г
230	ПК-13/ ПК-13.1	<p>У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <p>а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация</p>	б
231	ПК-13/ ПК-13.1	<p>У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <p>а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация</p>	а
232	ПК-13/ ПК-13.1	<p>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</p> <p>а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация</p>	г

		г) перфорация	
233	ПК-13/ ПК-13.5	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ</p> <p>а) стафилококк б) энтерококк в) грибы рода candida г) Helicobacter Pylori</p>	г
234	ПК-13/ ПК-13.1	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЛОРОСТЕНОЗА</p> <p>а) рвота кофейной гущей б) интенсивные боли опоясывающего характера в) рвота к вечеру утренней пищей г) похудание, нарастание анемии</p>	в
235	ПК-13/ ПК-13.1	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА</p> <p>а) рвота кофейной гущей б) рвота к вечеру утренней пищей в) интенсивные боли опоясывающего характера г) мелена</p>	а
236	ПК-13/ ПК-13.1	<p>ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ</p> <p>а) особенности болевого синдрома б) отсутствие сезонности обострений в) диагностика Helicobacter pylori г) астеноневротический</p>	а
237	ПК-13/ ПК-13.1	<p>ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА</p> <p>а) болевой б) желудочной диспепсии в) кишечной диспепсии г) астеноневротический</p>	б
238	ПК-13/ ПК-13.5	<p>ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</p> <p>а) ректальный б) сублингвальный в) внутрь г) внутривенный</p>	г
239	ПК-13/ ПК-13.5	<p>ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ</p> <p>а) вентрикулография б) стресс доплер-эхокардиография в) электрокардиография г) доплер-эхокардиография</p>	г

240241	ПК-13/ ПК-13.5	ОДНИМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) КФК б) аминотрансфераз в) креатинина г) натрийуретических пептидов	Г
242	ПК-13/ ПК-13.5	СИМПТОМОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ЭКГ-ПРИЗНАК а) отклонение электрической оси сердца вправо б) смещение переходной зоны влево в) высокие зубцы R в левых грудных отведениях г) высокие зубцы R в правых грудных отведениях	В
243	ПК-13/ ПК-13.5	ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) $\leq 1,0$ ммоль\л б) $\leq 1,7$ ммоль\л в) $\leq 2,0$ ммоль\л г) $\leq 3,0$ ммоль\л	Б
244	ПК-13/ ПК-13.5	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ УТВЕРЖДЕНИЕ а) появление антител к обкладочным клеткам б) появление антител к гастромукопротеину в) появление антител к <i>Helicobacter pylori</i> г) развитие В12 дефицитной анемии	В
245	ПК-13/ ПК-13.5	ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) лейкоцитурия б) протеинурия в) гематурия г) цилиндрурия	Б
246	ПК-13/ ПК-13.5	ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН а) проба по Нечипоренко б) проба Зимницкого в) проба Реберга-Тареева г) проба Аддиса-Каковского	В
247	ПК-13/ ПК-13.5	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) исследование мочи б) изотопная ренография в) экскреторная урография г) пункционная биопсия почки	Г

248	ПК-13/ ПК-13.5	ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА пиурия дизурия лейкоцитурия протеинурия	г
-----	-------------------	---	---

Код контролируемой компетенции

ПК-14. Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

На открытое задание рекомендованное время – 4 минуты.

№	Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильные ответы
<i>Дополните</i>			
249	ПК-14/ ПК-14.1	ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ	ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЙ МЕНЕЕ 20 МИНУТ БОЛИ КУПИРУЮТСЯ НИТРОГЛИЦЕРИНОМ
250	ПК-14/ ПК-14.2	ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ	АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
251	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО	ОЛИГОАНУРИЯ ГИПОТОНИЯ С ТАХИКАРДИЕЙ
252	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ	ПОРАЖАЮТСЯ В ОСНОВНОМ КРУПНЫЕ СУСТАВЫ
253	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ	ПОРАЖАЕТСЯ В ОСНОВНОМ МИОКАРД И ЭНДОКАРД С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ХСН
254	ПК-14/ ПК-14.1	КАКОЙ КЛАПАН СЕРДЦА РАНЬШЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ	МИТРАЛЬНЫЙ
255	ПК-14/ ПК-14.1	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ	КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА

		ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ	
256	ПК-14/ ПК-14.2	III - ЕЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СООТВЕТСТВУЕТ	С - РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК +++
257	ПК-14/ ПК-14.1	РЕВМАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	«ЛЕТУЧИМ» ПОРАЖЕНИЕМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ
258	ПК-14/ ПК-14.1	КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ	ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЕЧНОСТЕЙ
259	ПК-14/ ПК-14.2	К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ (МАЛЫМ) КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ	ЛИХОРАДКА
260261	ПК-14/ ПК-14.2	ИСХОДОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ	ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА
262	ПК-14/ ПК-14.1	ПРИ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ	АКРОЦИАНОЗ, ЦИАНОТИЧЕСКИЙ РУМЯНЕЦ
263	ПК-14/ ПК-14.2	КАКОЙ СИНДРОМ ОТЛИЧАЕТ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА	ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
264	ПК-14/ ПК-14.2	ЧТО ОТЛИЧАЕТ ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ОТ ВТОРИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	ОБРАЗОВАНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К МЕМБРАНЕ КЛЕТОК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
265	ПК-14/ ПК-14.1	КАКОЙ ПРИЗНАК ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕ ОТРАЖАЕТ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ	ЖЕЛТУХА
266	ПК-14/ ПК-14.1	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСИТСЯ	ИНВЕРСИЯ СНА, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ
267	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ	БИЛИРУБИН, ПТИ, АЛЬБУМИН

		ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ	
268	ПК-14/ ПК-14.2	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ	АСЦИТ, ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
269	ПК-14/ ПК-14.2	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГЕПАТО-РЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ	ОЛИГУРИЯ, АЗОТЕМИЯ
270	ПК-14/ ПК-14.2	ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПОВЫШЕНИЕ А-ФЕТОПРОТЕИНА
271	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ХАРАКТЕРНО	ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, G-ГЛЮТАМАТТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА
272	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И ДРУГИХ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, ХАРАКТЕРНО	ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ АСТ, АЛТ, ЛДГ
273	ПК-14/ ПК-14.2	ПРИЗНАК, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ	ОТСУТСТВИЕ В КРОВИ А-ФЕТОПРОТЕИНА
274	ПК-14/ ПК-14.2	У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ПОРТАЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ СО СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: НВ - 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТЫ - 2,5 МЛН, ЛЕЙКОЦИТЫ - 3,5 ТЫС, ТРОМБОЦИТЫ - 74 ТЫС. ФОРМУЛА БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ	ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ
275	ПК-14/ ПК-14.2	ГЕПАТОМЕГАЛИЯ, СПЛЕНОМЕГАЛИЯ И МЕЛЕНА ВЫЗЫВАЮТ ПОДОЗРЕНИЕ	НА КРОВОТОЧАЩИЕ ВЕНЫ ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

276	ПК-14/ ПК-14.2	КАКАЯ ФОРМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕРЖЕ	ГЕМАТУРИЧЕСКАЯ
277	ПК-14/ ПК-14.1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ ДОЛЕВОЙ (КРУПОЗНОЙ) ПНЕВМОНИИ	РАЗВИТИЕ ФИБРИНОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПЛЕВРЫ
278	ПК-14/ ПК-14.2	ПРИСТУП СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ РАЗВИТИЕМ	ИНФАРКТА МИОКАРДА
279280	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 2 ХАРАКТЕРНО	НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПОВ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ ВЫШЕ 1 ЭТАЖА
281	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ФК 3 ХАРАКТЕРНО	НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРИСТУПОВ ПРИ ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ ВЫШЕ 1 ЭТАЖА,
282	ПК-14/ ПК-14.1	ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ СТЕНОКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ДАВНОСТЬЮ	1 МЕСЯЦ
283	ПК-14/ ПК-14.1	СИМПТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ	НАРУШЕНИЯ РИТМА, ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, АНЕВРИЗМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
284	ПК-14/ ПК-14.1	УКАЖИТЕ СРОКИ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА, ПОСЛЕ КОТОРОГО ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ НЕФРИТА	2-3 НЕДЕЛИ
285	ПК-14/ ПК-14.1	ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ	ЛАТЕНТНЫЙ
286	ПК-14/ ПК-14.1	БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЯСНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ	С НАБУХАНИЕМ ПОЧЕК

		ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ	
287	ПК-14/ ПК-14.2	ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА	ВАРИАНТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
288	ПК-14/ ПК-14.2	ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ОТЛИЧИЕ ОТ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО	УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА УЗИ
289	ПК-14/ ПК-14.1	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, СТЕНОКАРДИИ СТАНОВИТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ, КОГДА	ОПИСАН ТИПИЧНЫЙ АНГИНОЗНЫЙ ПРИСТУП, ВЫЯВЛЕНЫ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (БЛЯШКИ) АРТЕРИЙ ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ
290	ПК-14/ ПК-14.1	КАКОЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ПРИНЦМЕТАЛА) ВЕРНО	ПРИЧИНОЙ БОЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОРОНАРОСПАЗМ
291	ПК-14/ ПК-14.1	СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ЭТО	АУТОИММУННАЯ РЕАКЦИЯ
292	ПК-14/ ПК-14.1	НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА
293	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА ХАРАКТЕРНО	ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ПЕРИКАРДИТ, ПЛЕВРИТ, ПНЕВМОНИЯ
294	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО	СНИЖЕНИЕ АД МЕНЕЕ 90/50 ММ РТ. СТ.
295	ПК-14/ ПК-14.1	КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ	ОСТРАЯ «КИНЖАЛЬНАЯ» БОЛЬ
296	ПК-14/ ПК-14.1	СТРЕССОВАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ	КРОВОТЕЧЕНИЕМ
297	ПК-14/ ПК-14.1	К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И	ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ

		НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ	
298	ПК-14/ ПК-14.1	ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА, НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННАЯ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОСТРЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	С 2-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА И ДО 40 ЛЕТ
299	ПК-14/ ПК-14.1	ОСТРЫЙ ДИФFUЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕ	СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ
300	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО	ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

	Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
301	ПК-14/ ПК-14.1	КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) набухание шейных вен б) асцит в) увеличение печени г) ортопноэ	г
302	ПК-14/ ПК-14.1	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ортопноэ б) асцит в) увеличение печени г) набухание шейных вен	а
303	ПК-14/ ПК-14.1	ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) увеличение печени б) кашель в) сердечная астма г) акроцианоз	а

304	ПК-14/ ПК-14.2	УМЕРЕННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA а) I класса б) II класса в) III класса г) IV класса	б
305	ПК-14/ ПК-14.2	ВЫРАЖЕННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ПО NYHA а) I класса б) II класса в) III класса г) IV класса	в
306	ПК-14/ ПК-14.2	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ а) ревматические пороки сердца б) ИБС в) артериальная гипертензия г) кардиомиопатия	б
307	ПК-14/ ПК-14.1	ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО а) экспираторная одышка б) инспираторная одышка в) мелкопузырчатые влажные хрипы г) кашель с гнойной мокротой	а
308	ПК-14/ ПК-14.1	ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) лейкоцитурия б) массивная протеинурия в) гематурия г) цилиндрурия	б
309	ПК-14/ ПК-14.1	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ а) отёки б) лейкоцитурия в) артериальная гипертензия г) протеинурия	г

310	ПК-14/ ПК-14.1	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ а) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе б) после операций на полости рта в) после эндоскопических исследований г) у наркоманов, пользующихся внутривенными наркотиками	г
-----	-------------------	---	---

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Вопросы к экзамену/зачету по дисциплине «факультетская терапия»
ПК-14/ПК-14.2	1. Башкирская школа терапевтов. История кафедры факультетской терапии БГМУ (1935 - 2023). Основные направления научной работы кафедры.
ПК-14/ПК-14.2	2. Основы врачебной деонтологии и медицинской этики. Ятрогенные заболевания.
ОПК-7/ОПК-7.1 ПК-14/ПК-14.2	3. Анафилактический шок. Причины развития. Клиника, неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3.	4. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях внутренних органов. Местные и российские санатории и курорты. Показания и противопоказания к лечению.
ОПК-7/ОПК-7.2 ПК-14/ПК-14.1	5. Физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях внутренних органов.
ОПК-7/ОПК-7.2 ПК-14/ПК-14.1	6. Диета при заболеваниях внутренних органов.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК- 14.3	7. Пневмония. Этиология, патогенез. Классификация.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК- 14.3	8. Внебольничная долевая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	9. Внебольничная очаговая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.

ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	10. Осложнения пневмонии (легочные, внелегочные). Диагностика. Лечение.
ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	11. Особенности течения внутрибольничных, аспирационных пневмоний и пневмоний у лиц с иммунодефицитом.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	12. Инфекционно-токсический шок. Причины развития. Клинические проявления. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	13. Хронический необструктивный бронхит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	14. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Этиология. Патогенез. Классификация.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	15. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	16. Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Классификация.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	17. Бронхиальная астма. Клиника. Методы диагностики.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	18. Астматический статус. Причины развития. Формы. Стадии. Принципы лечения.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	19. Современное лечение бронхиальной астмы в приступный и межприступный период.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	20. Инфекционные деструкции легких. Этиология, патогенез, классификация. Клиника абсцесса и гангрены легких. Диагностика. Осложнения. Лечение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	21. Гипертоническая болезнь. Факторы риска, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	22. Современные методы лечения гипертонической болезни.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	23. Осложнения гипертонической болезни (сердечные, мозговые, почечные, аортальные). Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК14/ПК14.1,	24. Гипертонические кризы. Классификация. Клиника. Неотложная помощь.

ПК-14.2, ПК-14.3	
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	25. Атеросклероз. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	26. ИБС. Факторы риска. Патогенез. Классификация.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	27. ИБС. Внезапная коронарная смерть (Первичная остановка сердца). Причины развития. Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	28. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. Классификация. Клиника. Лечение.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	29. ИБС. Острый коронарный синдром. Нестабильная стенокардия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	30. ИБС. Инфаркт миокарда. Классификация. Клинические варианты. Лабораторная диагностика.
ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	31. ЭКГ – диагностика инфаркта миокарда. Динамика ЭКГ с учетом периода инфаркта миокарда, локализации и глубины некроза.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	32. Осложнения острейшего и острого периодов инфаркта миокарда. Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	33. Купирование болевого синдрома при инфаркте миокарда.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	34. Кардиогенный шок. Критерии диагностики. Стадии шока. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	35. Нарушения ритма сердца при инфаркте миокарда. ЭКГ – диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	36. Нарушения проводимости сердца при инфаркте миокарда. Синдром Морганьи - Адамса – Стокса. ЭКГ - диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	37. Осложнения инфаркта миокарда в подостром и постинфарктном периодах. Синдром Дресслера. Лечение.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	38. Современные принципы оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда. Лечение в различные периоды инфаркта миокарда.

ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	39. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. Роль местных санаториев в реабилитации больных.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	40. Принципы лечения ИБС. Современная медикаментозная терапия. Хирургическое лечение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	41. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез. Классификация. Критерии диагностики.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	42. Острая ревматическая лихорадка. Клиника. Лабораторная и ЭКГ - диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	43. Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Осложнения. Показания к оперативному лечению.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	44. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика, осложнения. Показания к оперативному лечению.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	45. Недостаточность аортального клапана. Этиология. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	46. Стеноз устья аорты. Этиология, патогенез клиническая картина. Инструментальная диагностика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	47. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, Классификация.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	48. Инфекционный эндокардит. Клиника, диагностические критерии, осложнения. Лечение, профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	49. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких). Причины развития. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	50. Острая сосудистая недостаточность. Обморок, коллапс, шок. Причины развития. Клиника. Неотложная помощь.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	51. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез, Классификация. Клиника. Диагностика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3,	52. Лечение хронической сердечной недостаточности.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	53. Хронический гастрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	54. Хронический гастрит. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.

ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	55. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	56. Современные методы лечения ЯБ. Эрадикационная терапия. Профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	57. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Клинико-инструментальная диагностика. Неотложная помощь Показания к переводу больных в хирургическое отделение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	58. Хронический панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	59. Дискинезии желчевыводящих путей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	60. Хронический холецистит. Этиология. Патогенез, классификация. Клиника, лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	61. Хронический гепатит. Этиология, патогенез. Классификация.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	62. Хронический гепатит. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Современные методы лечения. Профилактика.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	63. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация.
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	64. Цирроз печени вирусной этиологии. Особенности клинического течения. Лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	65. Билиарный цирроз печени. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	66. Алкогольный цирроз печени. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4,	67. Осложнения циррозов печени. Клиника. Диагностика. Лечение.

ПК-13.5, ПК-13.6,	
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	68. Гломерулонефриты. Этиология. Патогенез. Клинико-морфологическая классификация.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	69. Острый гломерулонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	70. Хронический гломерулонефрит. Клинические варианты, осложнения. Диагностика. Лечение, профилактика.
ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	71. ГЛПС в республике Башкортостан: клинические особенности, осложнения. ОПН при ГЛПС. Принципы лечения. Вклад ученых БГМУ в изучение проблемы ГЛПС.

ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Компетенции и /индикаторы достижения компетенции	Задачи
ПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №1</p> <p>Больной В., 36 лет, строитель, госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке справа, сухой кашель, одышку в покое, подъем температуры до 39,8⁰, озноб, резкую слабость.</p> <p>Анамнез: Заболел остро после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась температура до 38,5⁰. Принял аспирин. После временного улучшения, утром состояние ухудшилось, появился болезненный кашель.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемия правой щеки, акроцианоз. На губах герпетические высыпания. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Над среднебоковой поверхностью правого легкого определяется усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация. ЧД 32 в минуту. SpO₂ -94%. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, тахикардия, 110 уд/мин. АД – 85/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правой подреберной области. Размеры печени по Курлову – 9х8х7см.</p> <p>Лабораторно-инструментальное обследование: Общий анализ крови: RBC – 4,2 · 10¹²/л, HGB – 126 г/л, WBC – 12,9 · 10⁹/л, лейкоцитарная формула: GRA – 79% (э -1%, п -16%, с -62%), LYM-15%, MON - 6%, токсическая зернистость нейтрофилов +++ , СОЭ – 58 мм/час.</p>

	<p>Анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,66 %, лейкоциты – 3-4-5 в поле зрения, гиал.цилиндры – 2-6 в п/зр., эритроцитов нет.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: справа средняя доля (S4, S5) гомогенно затемнена</p> <p>ЭКГ: Синусовая тахикардия. Нарушение метаболических процессов в миокарде.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание наиболее вероятно у больного? 2. Оцените данные дополнительных методов обследования 3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 4. Укажите наиболее вероятные этиологические факторы данного заболевания. 5. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию. 6. Какие осложнения основного заболевания имеются у данного пациента? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внебольничная пневмония. 2. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ, протеинурия свидетельствуют о наличии острого инфекционно-воспалительного заболевания; данные рентгенографии органов грудной клетки – о правосторонней среднедолевой пневмонии 3. Внебольничная бактериальная правосторонняя, среднедолевая пневмония, тяжелой степени тяжести. Осл.: ИТШ I ст. ДН 3 ст. 4. Пневмококк 5. Антибиотики бактерицидного действия (аминопенициллины, цефалоспорины), фторхинолоны, дезинтоксикационная, жаропонижающая терапия, муколитики, оксигенотерапия, инфузионная противошоковая терапия (солевые и коллоидные растворы в/в капельно, глюкоза 5-10% 250 мл с аскорбиновой кислотой 5% 5 мл, ГКС, допамин в/в капельно при сохранении гипотензии). 6. Инфекционно-токсический шок I ст., ДН 3 ст.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №2</p> <p>прогрессирование одышки, затруднение отхождения мокроты, снижение работоспособности.</p> <p>В анамнезе: длительный срок курения (40 лет), работа, связанная с частыми переохлаждениями, хронический бронхит.</p> <p>Объективно: состояние больного тяжелое, диффузный теплый цианоз кожи. ИМТ 30 кг/м². Грудная клетка бочкообразной формы. Число дыханий 26 в минуту. При перкуссии над легкими коробочный звук. Аускультативно над легкими – ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, при форсированном дыхании появляются рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс=96 в 1 минуту, ритм правильный. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет. Пульсоксиметрия – 94%.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>Общий анализ крови: RBC – 6,0x10¹²/л, HbG – 170 г/л, WBC – 8,7x 10⁹/л, СОЭ – 2 мм/ час.</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок отр.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности. Легочный рисунок усилен.</p> <p>Спирография: ОФВ₁ /ФЖЕЛ - 59%, ОФВ1 - 68% (постбронходилатационный).</p> <p>ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС =96 в мин. Амплитуда зубца Р во II, III и AVF 2,5 мм, форма остроконечная.</p> <p>Вопросы к задаче</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов. 2. Перечислите заболевания с подобным состоянием. 3. Назначьте дополнительные методы обследования. 4. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований 5. Сформулируйте предварительный диагноз. 6. Назовите экзогенные факторы риска ХБ и ХОБЛ. 7. Назначьте лечение. <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности. 2. Бронхиальная астма, ХОБЛ. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия в динамике, оценка по шкале mMRC, проведение САТ-теста, определение уровня $\alpha 1$-антитрипсина. 4. ОАК – эритроцитоз, снижение СОЭ. R-графия ОГК – признаки эмфиземы, ЭКГ – перегрузка правого предсердия 5. ХОБЛ, смешанный (эмфизематозно-бронхитический) фенотип, бронхиальная обструкция средней степени тяжести. Осл: ДН 2 ст. 6. Курение, профессиональные вредности, неблагоприятные экологические факторы, переохлаждение, инфекция. 7. Немедикаментозная терапия: отказ от курения, снижение веса. Длительно действующие антихолинергические бронхолитики, муколитики.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №3</p> <p>Больная С. 17 лет, студентка, поступила с жалобами на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает с 3 лет, когда стали возникать явления ринита при контакте, пуховыми подушками, контакте с кошками, которые купировались ингаляцией сальбутамола. После прекращения контакта с аллергенами приступы не возникали. Ухудшение состояния отмечает после посещения зоопарка.</p> <p>Наследственность отягощена: у бабушки аллергический ринит</p> <p>Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение: вынужденное, сидячее, с фиксацией плечевого пояса. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательной мускулатуры, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Частота дыханий – 25 в минуту. Над легкими перкуторно – коробочный звук. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца приглушены. ЧСС= Пульс = 90 в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>Общий анализ крови: RBC - $4,1 \cdot 10^{12}$ /л; HGB - 138 г/л, WBC-$14,0 \times 10^9$ /л; (э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 5%), СОЭ - 10 мм/час</p> <p>Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяются спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена, лейкоциты.</p> <p>R-графия органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка.</p> <p>ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС 90 в 1 мин. Перегрузка правых отделов сердца</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов 2. Перечислите заболевания с подобным состоянием 3. Назначьте дополнительные методы обследования 4. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований 5. Сформулируйте предварительный диагноз

	<p>6. Назовите наиболее вероятный фенотип БА</p> <p>7. Назначьте лечение</p> <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности 2. Бронхиальная астма, ХОБЛ. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия, аллергологическое обследование, спирометрия с бронходилатационным тестом 4. Лейкоцитоз, эозинофилия крови, мокроты. 5. Бронхиальная астма, аллергическая форма, средней степени тяжести, неконтролируемая. Осл.: ДН 2 ст. 6. Атопический 7. Ингаляционные кортикостероиды, в2-адреномиметики через небулайзер.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №4</p> <p>Больной М. 16 лет, поступил в клинику с жалобами на колющие боли в области сердца, «перебои», учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, боли в крупных суставах, повышение температуры до 37,2 – 37,5° по вечерам.</p> <p>Анамнез: 3 недели назад перенес ангину, не долечившись, приступил к занятиям. Вскоре появились боли в области сердца, одышка, повысилась температура до 38°, затем появились боли в коленных и локтевых суставах.</p> <p>Объективно: бледность кожных покровов, легкий акроцианоз. Верхушечный толчок несколько ослаблен, смещен вниз и влево в VI межреберье по средне – ключичной линии. Границы сердца умеренно расширены влево. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке дующего характера, тахикардия до 102 уд. в минуту. АД 125/75 мм рт. ст.</p> <p>На ЭКГ – синусовая тахикардия, снижен вольтаж основных зубцов. В грудных отведениях зубец Т (+ -).</p> <p>Общий анализ крови: RBC - $4,2 \times 10^{12}/л$, HGB - 120 г/л, HCT - 48%, MCH – 28pg, MCV – 84fl, WBC- $11 \times 10^9/л$ (эоз. – 5%, п/яд – 7%, с/яд – 53%, лимф. – 30%, мон. – 5%), СОЭ – 47 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок -75 г/л, альбумины - 43%, а₁ глобулины – 6%, а₂ – 12%, б – 14%, г – 25%, фибриноген – 6 г/л; СРБ (+++), серомукоиды – 460 ед, сиаловые кислоты - 490 ед. Иммунограмма выявила снижение количества Т – супрессоров, повышенный уровень иммуноглобулинов. АСЛ-О 1:750ед.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз и обоснование его. 2. Назовите этиологические факторы данного заболевания. 3. Какие современные методы обследования необходимы для диагностики данного заболевания? 4. Выделите большие и малые критерии заболевания. 5. С какими болезнями необходимо провести дифференциальную диагностику? 6. Какие лечебные мероприятия включает в себя 3х – этапный принцип лечения данного заболевания? <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ревматическая лихорадка, активная фаза, II степень активности, первичный ревмокардит, острое течение. Полиартрит. Осл. СН I ст. 2. б-гемолитический стрептококк группы А (тонзиллит, фарингит). Предрасполагающие факторы: переохлаждение, молодой возраст, наследственность. 3. Биохимический анализ крови, общий анализ крови, иммунограмма, ЭКГ, ЭХО-КГ.

	<p>4. Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки.</p> <p>Малые: предшествующая ревматическая лихорадка, артралгии, повышение температуры тела, ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, диспротеинемия, удлинение PQ на ЭКГ.</p> <p>5. Ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический миокардит, инфекционный эндокардит.</p> <p>6. 3-х этапность лечения Р:</p> <p>а) лечение активной фазы болезни в стационаре;</p> <p>б) продолжение лечения после выписки в реабилитационном отделении кардиологического санатория или кардиоревматологическом кабинете поликлиники;</p> <p>в) последующее многолетнее диспансерное наблюдение в поликлинике.</p> <p>7. Основные лечебные мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • борьба со стрептококковой инфекцией; • подавление активного ревматического процесса; • коррекция иммунологических нарушений; • препараты метаболического действия; • лечение сердечной недостаточности.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №5</p> <p>Больной К., 38 лет, инвалид 2 группы, поступил на стационарное лечение по направлению участкового терапевта с жалобами на повышение температуры тела до 38-39 градусов, сопровождающееся ознобом, профузным потом, на одышку и сердцебиение при ходьбе, приступы удушья по ночам.</p> <p>В анамнезе – ревматизм с 12-летнего возраста, в 18 лет установлен диагноз митрального порока сердца. Ежегодно лечился стационарно. Последние четыре года усилилась одышка, появились отёки 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. Приём аспирина, бисептола, зинацефа был неэффективным.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, плеч – петехиальные кровоизлияния, акроцианоз, отёки голеней. Симптом Мюссе. В лёгких везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижнебоковых отделах. Верхушечный толчок усилен, пальпируется в 7-м межреберье. На верхушке сердца определяется диастолическое дрожание. Границы сердца расширены влево, вниз, вверх и вправо. Аускультативно: ослабление 1-го тона, систолический и диастолический шумы на верхушке. Над аортой 2й 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. ЧП 80 – в минуту. Печень выступает на 5 см из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.</p> <p>Данные дополнительных исследований:</p> <p>Общий анализ крови: RBC – $2,1 \times 10^{12}/л.$, Hb – 92 г/л, WBC – $15 \times 10^9/л.$, э – 2%, п – 12%, с – 64%, л – 16%, м. – 6%, СОЭ – 54 мм/час</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес – 1013, белок – 1,65%; эр. – 25-40 в п/зр., цилиндры гиалиновые 6-7 в п/зр.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. С чем связано ухудшение состояния больного? 3. Назовите современный неинвазивный метод диагностики клапанных поражений сердца.

	<p>4. Оцените данные общего анализа крови и анализа мочи. 5. Что такое шум Флинта? При каком пороке он выявляется? 6. Назовите возможные осложнения основного заболевания у больного. 7. Принципы лечения больного (выписать рецепты). Показания к хирургическому лечению.</p> <p>Эталонные ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Инфекционный эндокардит, III степень активности, острое течение, вторичный (на фоне ревматического порока). Недостаточность аортального клапана, диффузный нефрит, васкулит. Осл. НК II Б. Анемия. Присоединение инфекционного эндокардита. Эхо-КГ Данные общего анализа крови свидетельствуют о выраженной анемии, регистрируется лейкоцитоз (может быть следствием воспалительного процесса), резко ускоренное СОЭ позволяет судить об активности процесса. Анализ мочи: выявляется мочевого синдром (гематурия, протеинурия, цилиндрурия). Диастолический шум относительного митрального стеноза, выслушивается на верхушке сердца при аортальной недостаточности. Инфекционно-токсический шок. Сердечная недостаточность. Тромбоэмболии. Почечная недостаточность Показанием к хирургическому лечению является формирование клапанных пороков, бородавчатых наложений на клапанах.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №6</p> <p>Больной О. 47 лет, директор школы, доставлен кардибригадой 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. Приём нитроглицерина уменьшил боли на короткое время. Через несколько минут боли вновь усилились и приняли более распространённый характер, с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Появилась резкая слабость, потливость, «страх смерти». Была вызвана скорая помощь.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над лёгкими – 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 рёберной дуги. Отёков нет.</p> <p>Данные дополнительных исследований: Анализ крови: RBC – $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 145 г/л, WBC – $13 \times 10^9 /л$, СОЭ – 6 мм/час. Миоглобин – 128 г/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. В I, II, AVL, V2 – V4 отв. – сегмент ST в виде монофазной кривой.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Перечислите неотложные мероприятия, необходимые данному больному (выпишите рецепты). Охарактеризуйте признаки резорбтивно-некротического синдрома у данного пациента. Определите дополнительные методы исследования. Интерпретируйте изменения ЭКГ, которые подтверждают установленный Вами диагноз. Назовите критерии кардиогенного шока и его стадии. Обоснуйте с позиции патогенеза болезни необходимость назначения тромболитической и антикоагулянтной терапии.

	<p>8. Опишите изменения эхокардиограммы, характерные для данного заболевания.</p> <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ИБС: Острый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, острейший период. 2. Расслаивающая аневризма аорты, стенокардия, остеохондроз, стеноз устья аорты. 3. Анальгезия, противошоковые мероприятия, тромболитическая (в первые 6-8 часов от начала болевого приступа), антикоагулянтная, антиагрегантная терапия, профилактика аритмий. 4. Появление общевоспалительных изменений в ОАК, повышение содержания миоглобина, сердечных тропонинов, МВ-фракции КФК, аминотрансфераз, повышение температуры тела. Повышен миоглобин. 5. Появление монофазной кривой. 6. По диагностическим критериям выделяют 3 стадии шока. Кардиогенный шок I степени. 7. Борьба с развивающимся тромбозом коронарных артерий. 8. Появление зон гипокинезии.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №7</p> <p>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.).</p> <p>Из анамнеза 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.</p> <p>Объективно: 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 средне-ключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицательны с обеих сторон.</p> <p>Лабораторно-инструментальные данные:</p> <p>Анализ крови общий – без патологии;</p> <p>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 ммоль/л); глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 108,8 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле СКD-EPI) = 53 мл/мин.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 поражения органов мишеней 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 рекомендованы пациентке в составе комбинированной терапии. Свой выбор обоснуйте.

8. Назовите противопоказания к применению ингибиторов АПФ.

Эталоны ответов к задаче:

1. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ, риск 4 (очень высокий). Ожирение II степени. Гиперлипидемия. ХБП С1. Целевое АД 130-139/<mm рт. ст.

2. Артериальная гипертензия возникла у женщины среднего возраста в период перименопаузы при наличии генетической предрасположенности к гипертонической болезни. Отсутствие признаков симптоматической артериальной гипертензии (нефрогенной, гипертиреоз, симпатoadреналовые кризы) позволяет поставить диагноз гипертонической болезни. Степень артериальной гипертензии определяется уровнем АД, а риск – наличием поражения органов мишеней: в анамнезе ТИА, гипертрофия левого желудочка, гипертоническая нефропатия (СКФ 53 мл/мин) и фактор риска в виде отягощенной наследственности.

3. Факторы сердечно-сосудистого риска пациентки:

- возраст;
- избыточная масса тела (ожирение);
- наследственная предрасположенность;
- в анамнезе ТИА

4. ПОМ

- сердце;
- почки;
- сосуды.

5. Исследование глазного дна, УЗДГ МАГ (для определения ТКИМ), УЗДГ сосудов почек;

6. Дополнительные методы исследования

- ЭКГ (для документирования сердечного ритма, ЧСС и выявления аритмий); Эхо-КГ для выявления степени ГЛЖ;
- общий (клинический) анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка мочи, количественной оценкой альбуминурии или отношения альбумин/креатинин (оптимально);
- исследование уровня калия и натрия в крови для выявления электролитных нарушений и дифференциального диагноза с вторичной АГ;
- для выявления гиперурикемии рекомендуется исследование уровня мочевой кислоты в крови;
- УЗИ (ультразвукового исследования) почек и дуплексного сканирования артерий почек с целью оценки размеров, структуры, а также наличия врожденных аномалий почек или стеноза почечных артерий;
- исследование глазного дна врачом-офтальмологом (геморрагии, экссудаты, отек соска зрительного нерва) для выявления гипертонической ретинопатии.

7. Монотерапия эффективно снижает АД лишь у ограниченного числа пациентов АГ, большинству пациентов для контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов. Комбинация двух препаратов из любых двух классов антигипертензивных средств усиливает степень снижения АД намного сильнее, чем повышение дозы одного препарата. Еще одно преимущество комбинированной терапии — возможность физиологического и фармакологического синергизма между препаратами разных классов, что может не только лежать в основе более выраженного снижения АД и лучшей переносимости. Все преимущества комбинированной терапии присущи только

	<p><i>рациональным комбинациям АГП. К ним относятся:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ИАПФ + диуретик; • БРА + диуретик; • ИАПФ + АК; • БРА + АК, • дигидропиридиновый АК + ББ, • АК + диуретик, • ББ + диуретик. <p>Предпочтительные комбинации должны включать блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) и дигидропиридиновый АК или диуретик.</p> <p>8. Противопоказания для назначения и-АПФ: беременность, высокая гиперкалиемия ($\geq 5,5$ ммоль/л), двухсторонний стеноз почечных артерий, стенозе почечной артерии единственной почки, ангионевротический отек в анамнезе.</p>
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №8</p> <p>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 2 лет. В прошлом году дважды находился на стационарном лечении по поводу обострения данного заболевания. 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.</p> <p>ФГДС - в антральном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. Просвет луковицы двенадцатиперстной кишки деформирован за счет отечных, ригидных складок. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, размерами 0,8x0,7 см. Края язвы отечны, подрыты. Дно язвы покрыто белым фибрином. Слизистая постбульбарного отдела очагово гиперемирована. БДС не увеличен.</p> <p>Заключение: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Катаральный рефлюкс-эзофагит. Недостаточность кардии. Поверхностный гастродуоденит.</p> <p><i>Вопросы к задаче:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите основные синдромы, имеющиеся у данного больного. 3. Для какого типа желудочной секреции характерны подобные симптомы? <p>Как это подтвердить?</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Назовите основные этиологические факторы данного заболевания. 5. Назовите методы исследования для определения <i>Helicobacter pylori</i>. 6. Какие изменения на ФГДС характеризуют данное заболевание у пациента. 7. Какой прогноз при данном заболевании. 8. Напишите одну из схем эрадикационной терапии. 9. Дайте рекомендации по санаторно-курортному лечению и профилактике обострений. <p><i>Эталонные ответы к задаче:</i></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки хроническая форма, рецидивирующее течение, обострение. 2. Болевой, диспептический, астеновегетативный, синдром вегетативной дисфункции. 3. Гиперсекреция. ФГС с рН-метрией. 4. Наследственная предрасположенность, психоэмоциональные и алиментарные факторы, хеликобактерная инфекция, вредные привычки, неконтролируемый прием НПВС, ГКС. 5. Инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛЮ-тест), гистологическое исследование-«золотой стандарт»); неинвазивные: дыхательный, иммунологическое исследование (ИФА); иммуногистохимический- определение моноклональных антител к <i>H.pylori</i> в биоптате; молекулярно-генетический (ПЦР). 6. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, с множеством белесоватых эрозий. По медиальной стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язва средней глубины, размерами 0,8x0,7 см. Края язвы отечны, подрыты. Дно язвы покрыто белым фибрином. 7. Прогноз при условии своевременной диагностики и правильного лечения, соблюдения больным мер профилактики благоприятный. 8. Тройная стандартная-терапия первой линии: 1) ингибитор протонной помпы в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопризол 0,03г или рабепрозол 0,02) 2 раза в день, 2) + клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3) +амоксциллин 1000 мг 2 раза в день. Курс 7-10 дней. 9. При заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта – санатории: Арзни, Моршин, Пятигорск, Старая Русса, Кисловодск, Ижевские минводы, Красноусольск.
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №9</p> <p>Больная Л., 40 лет, домохозяйка, обратилась в клинику с жалобами на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение в размерах живота, похудание за 2 года на 20 кг.</p> <p>Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появился кожный зуд, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии.</p> <p>Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Семейный анамнез: мать, 67 лет, страдает ИБС: стенокардией II ФК, ГБ, Отец погиб в 50 лет в результате аварии. Аллергологический анамнез не отягощен.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы и склеры желтушные. Ксантелазмы век. Пергаментность кожи на стопах и голенях, большое количество расчесов. Периферических отеков нет. Частота дыхательных движений – 17 в минуту. Конституция нормостеническая. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена. Границы относительной тупости сердца определяются в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт. ст.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову – 12 x 10 x 10 см. Селезенка не пальпируется. Стул объемный, пенистый. Мочеиспускание в норме.</p> <p>Общий анализ крови: RBC– 3,7x10¹²/л, HGB – 130/л, WBC – 7,8x10⁹/л, лейкоцитарная формула: GRA – 79% (э -1%, п -3%, с -78%), LYM-17%, MON - 6%, СОЭ – 58 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8г/л, альбумин – 40,0%, холестерин – 7,8ммоль/л, мочевины – 6,1ммоль/л, креатинин – 101мкмоль/л,</p>

глюкоза – 5,8ммоль/л, общий билирубин – 182ммоль/л, прямой билирубин – 162 ммоль/л, К – 4,1 мэкв/л, Na – 145 мэкв/л, АЛТ – 52Ед/л, АСТ – 48Ед/л, ЩФ – 720Ед/л, ГГТП – 460Ед/л.

Маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Копрология: консистенция мягкая, форма оформленная, цвет коричневый, мышечные волокна: с исчерченностью – немного, без исчерченности – немного, жир нейтральный – обнаружен; мыла в небольшом количестве, растительная неперевариваемая клетчатка – много; крахмал, иодофильная флора не обнаружены; дрожжевых грибов нет.

УЗИ органов брюшной полости; увеличение размеров печени и умеренная спленомегалия, умеренное расширение воротной вены, общий желчный проток не расширен, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

ФГДС: пищевод не изменен. Хронический гастрит.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для верификации предварительного диагноза
3. Какие препараты используют для купирования кожного зуда
4. Обоснуйте назначение витаминов А, Д, Е, К у данной больной
5. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов
6. Оценить трудоспособность пациента)
7. Профилактика цирроза печени

Эталонные ответы к задаче:

1. **Основной:** первичный билиарный цирроз печени. Портальная гипертензия. Отечно-асцитический синдром. Асцит.
2. Необходимо определение антимитохондриальных антител в сыворотке крови, которые положительны у 95% больных. Для подтверждения диагноза необходимо проведение биопсии печени и морфологическое исследование, являющееся золотым стандартом диагностики.
3. Холестирамин в дозе 4г 3 р/день во время приема уменьшает интенсивность кожного зуда более чем у 90% больных. Урсодезоксихолевая кислота в дозе 12 – 15мг/кг уменьшает кожный зуд, приводит к снижению уровня билирубина, ЩФ, трансаминаз. Антигистаминные препараты могут назначаться на ранних стадиях заболевания при интенсивном зуде, однако их эффективность невелика, действие обусловлено индукцией сна.
4. Нарушенная секреция желчи у больной ЦП приводит к снижению поступления в просвет кишечника желчных кислот, необходимых для всасывания нейтральных жиров, и нарушению всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К. Наличие стеатореи у данной больной подтверждается данными клиники – обильный пенистый стул и результатами копрологического исследования – обнаружение нейтрального жира. При дефиците жирорастворимых витаминов их следует назначать отдельно с холестирамином, т.к. он может подавлять их абсорбцию.
5. У больного имеет место впервые выявленное серьезное непрерывно прогрессирующее в течение минимум 5 месяцев заболевание кишечника в фазе обострения. Пациент нуждается в динамическом врачебном наблюдении с целью своевременной и адекватной коррекции лечения при необходимости. Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения.

Диетотерапия – стол 4 Активная комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки. Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель. Препараты 5- аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин,

	<p>Сульфасалазин — в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно, на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии — в поддерживающих дозах постоянно. В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метотрексат). Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).</p> <p>6. Пациент временно нетрудоспособен в течение 4 недель. Продолжительность пребывания на больничном листе будет определяться степенью тяжести процесса, эффективностью применяемой схемы лечения. После завершения стационарного этапа лечения пациент будет продолжать лечение под наблюдением гастроэнтеролога с переводом на поддерживающие дозы базисных препаратов не менее 5 лет. В случае достижения стойкой ремиссии вопрос о прекращении динамического наблюдения решается индивидуально.</p> <p>7. 1) Внимательно относиться к своему здоровью 2) Своевременно лечить болезни, негативно влияющие на печень и приводящие к циррозу. 3) Не злоупотреблять алкогольными напитками.</p>
<p>ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/ ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №10</p> <p>Больной Д., 29 лет, строитель, обратился к врачу с жалобами на одышку, головную боль, тошноту, отеки на лице. В 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, неоднократно лечился в стационаре. После этого продолжали беспокоить головные боли, слабость, изменения цвета мочи (покраснение). Повышение артериального давления отмечает около 2-х лет назад, принимал гипотензивные препараты с кратковременным улучшением, продолжал работать. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, связывает с переохлаждением на работе.</p> <p>Объективно: температура: 37,2° С. Общее состояние средней тяжести. Кожа сухая, бледная, одутловатость лица (faciesnephritica), отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС 82 в мин., АД 180/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>Анализ крови общий – RBC-3,4x10¹²/л; HGB – 87,0г/л, HCT –10,5г/л, MCV – 32%, л, PLT –190x10⁹%, WBC – 6,3x10⁹/л, с/я – 54,1%, лимф. – 37%, моноц. – 9%, СОЭ – 26 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови - общий белок крови - 58 г/л, альбумины – 39,39%, α₁-глобулины – 3,99%, α₂ - глобулины – 8,07%, β- глобулины-6,67%, γ-глобулины - 41,87%. А/Г – 0,65, креатинин – 0,303 ммоль/л, общий холестерин- 8,4 ммоль/л, фибриноген-8 г/л, триглицериды-2,3, СКФ- 54 мл/мин.</p> <p>Общий анализ мочи – плотность – 1010, белок – 3,5 г/л, цилиндры 2-3 в п.з., лейкоц. – 2-4 в п/зр, эр. – 10-15 в п/зр.</p> <p>Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1009-1013, в суточном диурезе (700 мл) преобладание ночного;</p> <p>ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, синусовая тахикардия-100 в минуту, нарушения процессов реполяризации в миокарде.</p> <p>Исследование глазного дна показало сужение, извитость артериол, отечность диска зрительного нерва.</p> <p>УЗИ почек: уменьшение размеров почек, отечность коркового слоя.</p> <p>Вопросы:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента 3. Какие основные методы лечения применяются при хроническом гломерулонефрите? 4. Медикаментозное лечение. Какие средства используются в качестве симптоматической терапии? 5. Какие препараты используют для лечения гематурического синдрома <p>Ответы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Хронический гломерулонефрит, смешанная (нефротически-гипертоническая) форма, стадия выраженных клинических нарушений, рецидивирующее течение, фаза обострения. Осл.: ХБП С3а. Гипохромная анемия средней степени тяжести. Установлен на основании: жалоб больного на отеки на лице, нижних конечностях, головные боли, ноющие боли в пояснице, общую слабость, изменения цвета мочи, количества; данных анамнеза: в 15-летнем возрасте перенес острый гломерулонефрит, неоднократно лечился в стационаре. После этого продолжали беспокоить головные боли, слабость, изменения цвета мочи (покраснение). Повышение артериального давления отмечает около 2-х лет назад, принимал гипотензивные препараты с кратковременным улучшением, продолжал работать. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад, связывает с переохлаждением на работе; объективных данных: субфебрильная температура, бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях; перкуторно - смещение левой границы сердца кнаружи на 1,5 см, аускультативно – приглушенные тоны сердца, тахикардия, акцент II тона над аортой; повышенное АД; лабораторно-инструментального обследования: анемия, гематурия, стойкая протеинурия, гипоизостенурия, гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, гиперфибриногенемия; снижение СКФ, быстрое нарастание уровня креатинина сыворотки крови в динамике; данных иммунологического исследования, УЗИ почек, ЭКГ, состояние сосудов глазного дна. 2. Пациенту рекомендовано проведение следующего дополнительного обследования: анализ мочи по Нечипоренко, подсчет суточной потери белка, определение электролитов сыворотки крови, мочевины, остаточного азота крови, радионуклидное исследование почек, пункционную биопсию почек 3. Основными методами лечения при ХГН являются патогенетическое и симптоматическое, должно быть комплексным и включать диету, лекарственную терапию, санаторно-курортное лечение. В период обострения обязательна госпитализация, строгий постельный режим, ограничение приема белка, жидкости и поваренной соли до 3-5 г в/сут., ежедневный контроль выпитой и выделенной жидкости, санация очагов хронического воспаления. 4. Симптоматическая терапия включает лечение отечного, гематурического синдромов, артериальной гипертензии, гипертонической энцефалопатии, почечной и сердечной недостаточности. Назначаются диуретики, гипотензивные препараты, ангиопротекторы, и-АПФ, БАБ, дезагреганты, антикоагулянты, антианемические средства, цитостатические препараты. Лечение гематурического синдрома. С целью уменьшения клубочковой сосудистой проницаемости применяют ангиопротекторы: дицинон(этамзилат) таб. по 250 мг, 12,5% р-р для в/в и в/м введения в амп. по 2 мл, аскорутин
ОПК-5/ОПК-5.1, ОПК-5.2, ОПК-5.3, ОПК-7/ОПК-	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №11</p> <p>Больной С., 26 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести, дискомфорт в правом подребрье, слабость, повышенную утомляемость, незначительное</p>

7.1, ОПК-7.2, ОПК-7.3, ПК-13/
ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3

повышение T (до 37,2°).

Впервые подобные жалобы возникли полгода назад, но больной к врачам не обращался, не лечился. В течение последней недели заметил появление небольшой желтушности кожи, в связи с чем, обратился к участковому врачу.

В анамнезе больного: эпизод внутривенной наркомании, злоупотребление алкоголем отрицает, инфекционный гепатит в детстве отрицает, имеет длительный стаж курения, отмечает нерегулярное питание, частое употребление жирной, жареной пищей.

При осмотре: состояние средней тяжести, отмечается субиктеричность кожи и склер. По органам грудной клетки без особенностей. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный, в правом подреберье пальпируется край печени, гладкий, положителен симптом Керра. Размеры печени по Курлову 12 x 10 x 9см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Было проведено обследование: **общий анализ крови:** Hb – 125г/л, RBC $4,6 \times 10^{12}$ /л, WBC – $9,6 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 25мм/ч. **Анализ мочи:** уд. вес – 1012, белок, глюкоза отрицат., лейкоциты – 2 – 4 в поле зрения, эритроцитов нет, желчные пигменты отрицательны. По данным **биохимии крови** общий белок -75г/л, общий билирубин – 45ммоль/л, АЛТ - 226ед, АСТ-80ед., глюкоза – 4,1ммоль/л, креатинин – 98мкмоль/л. По результатам **УЗИ ОБП** выявлена умеренная гепатомегалия, утолщение стенок желчного пузыря до 4мм

Вопросы к задаче:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие факторы риска поражения печени имеются у больного?
4. Сформулируйте алгоритм дальнейших исследований.
5. Назовите основные серологические маркеры вирусных гепатитов В и С.
6. Назначьте необходимое лечение.
7. Какие осложнения данного заболевания возможны?

Эталонные ответы к задаче:

1. Основные синдромы – астенический, гепатомегалии, холестатический, цитолитический
2. Хронический вирусный гепатит (В или С), активная фаза (репликация).
Соп.: Хронический бескаменный холецистит.
3. Внутривенная наркомания, неправильное питание
4. кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, определение маркеров активности (ПЦР), при необходимости другие иммунологические исследования (противопеченочные антитела)
5. HbSAg, HBeAg, HBcAg, антитела к ним (IgG, M), антитела к HCV (IgG, M), фрагменты ДНК/РНК вирусов в крови
6. Препараты α -интерферона, гепатопротекторы, урсодезоксихолевая кислота
7. Прогрессирование заболевания ведет к формированию цирроза печени, при тяжелом течении вирусного гепатита возможно развитие острой печеночной недостаточности, присоединение геморрагического синдрома

ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Факультетская терапия»

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

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

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования больного, правильно оценивает физическое состояние пациента, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения).

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследования при полном объеме обследования больного, допускает некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования пациента, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического состояния больного, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает этиотропную и патогенетическую терапию с указанием

дозировок препаратов, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска).

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке данных физикального обследования пациента, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов).

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает данные физикального обследования пациента, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты).

ПРОТОКОЛ экспертизы оценочных материалов

г. Уфа «30» мая 2024 г.

по учебной дисциплине «Факультетская терапия»

31.05.02 Педиатрия

код и наименование направления подготовки/специальности

Оценочные материалы (ОМ) разработаны в соответствии с учебным планом по специальности 31.05.02.Педиатрия, утвержденным Ученым советом ФГБОУ БГМУ МЗ РФ от 30 мая 2024 года, протокол № 5, рабочей программой по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» (2024), ОПОП ВО по специальности 31.05.02.Педиатрия (2024), положением по разработке, подготовке и оформлению оценочных материалов ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, утвержденным решением ученого совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России от 29.08.2017 г. протокол № 7.

В ходе экспертизы установлено:

- Перечень формируемых компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в ходе освоения ОПОП, соответствуют ФГОС ВО.
- Критерии и показатели оценивания компетенций, шкалы оценивания обеспечивают проведение всесторонней оценки результатов обучения, уровня сформированности компетенций.
- Материалы оценки результатов обучения ОПОП ВО разработаны на основе принципов оценивания: валидности, определенности, однозначности, надежности; соответствуют требованиям к составу и взаимосвязи оценочных материалов и позволяют объективно оценить результаты обучения и уровни сформированности компетенций.
- Объем ОМ соответствует учебному плану направления подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия
- Содержание ОМ соответствует целям ОПОП по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия, профстандартам будущей профессиональной деятельности обучающихся.
- Качество ОМ обеспечивает объективность и достоверность результатов при проведении оценивания результатов обучения.
- Качество ОМ подтверждается следующими экспертными заключениями:
Заведующий кафедрой детских болезней ФГБОУ ВО БГМУ
Минздрава России, д.м.н., профессор Попова Л.Ю.
Главный врач ГБУЗ РБ Детская поликлиника №2 г. Уфа, Бикметова
Э.З.

Общие выводы:

На основании проведенной экспертизы оценочных материалов можно сделать заключение о том, что ОМ ОПОП 31.05.02 Педиатрия позволяют установить соответствие уровня подготовки обучающихся к результатам освоения ОПОП, а именно:

- оценить результаты освоения ОПОП как по отдельным дисциплинам (модулям), практикам, этапам научного исследования, так и в целом по ОПОП;
- выявить уровень сформированности общепрофессиональных/ профессиональных компетенций, определенных во ФГОС ВО, на каждом этапе формирования компетенций.

Председатель ЦМК
терапевтических
дисциплин



Л.В. Волевач

протокол № 7 от «26» апреля 2024 г.

Председатель УМС
специальности
31.05.02 Педиатрия



В.А. Малиевский

протокол № 8 от «26» апреля 2024 г.

Дата

МП

