

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



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Чуя / В.Е. Изосимова

иля 2025 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. Хакимова Р.А.
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	305
8.	Количество заданий при тестировании обучающегося	60
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)	60 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	<p>ОПК-5.1 Понимает: анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека</p> <p>ОПК-5.2 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ОПК-5.3 Использует практический опыт: оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач</p>
ОПК-7. Способен назначить лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<p>ОПК-7.1 Понимает: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах</p> <p>ОПК-7.2 Разрабатывает план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращает или устраняет осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>ОПК-7.3 Использует практический опыт: разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов</p>

	<p>медицинской помощи; оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий с наиболее распространенными заболеваниями для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями; подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
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	<p>ПК-13.1 Проводит расспрос пациента (основные и дополнительные жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни) с учетом медицинской этики и деонтологии, особенностей расспроса в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.</p> <p>ПК-13.2 Проводит физикальное обследование пациента с использованием основных методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>ПК-13.3 Формулирует предварительный</p>

	<p>клинический (синдромальный) диагноз.</p> <p>ПК-13.4 Составляет план лабораторных и инструментальных методов обследования.</p> <p>ПК-13.5 Анализирует полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования и формулирует их клиническую интерпретацию.</p> <p>ПК-13.6 Оформляет результаты расспроса, физикального и лабораторно-инструментального обследования пациента в соответствии с правилами оформления медицинской документации (медицинской карты стационарного больного).</p>
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)	<p>ПК-14.1 Выявляет основные патологические симптомы и синдромы наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, протекающих в типичной классической форме.</p> <p>ПК-14.2 Формулирует клинический (синдромальный) диагноз основного заболевания и его осложнений с учетом клинической интерпретации полученных результатов лабораторных и инструментальных методов обследования.</p> <p>ПК-14.3 Оформляет клинический (синдромальный) диагноз основного заболевания и его осложнений в соответствии с правилами оформления медицинской документации (медицинской карты стационарного больного).</p>

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>		
ОПК-5/ ОПК-5.2	1. Наиболее часто выявляющийся характер перкуторного звука при ХОБЛ _____	коробочный
ОПК-5/ ОПК-5.3	2. Патоморфологический признак поражения сердца при острой ревматической лихорадке _____	ашоф-талалаевские гранулемы

ОПК-5/ ОПК-5.2	3. Для надпеченочной желтухи характерно _____	желтуха, анемия, ретикулоцитоз в крови
ОПК-5/ ОПК-5.2	4. Для подпеченочной желтухи характерно _____	желтуха, кожный зуд, положительный симптом курвуазье
ОПК-5/ ОПК-5.2	5. Для печеночной желтухи характерно _____	желтуха, увеличение печени, увеличение прямого билирубина
ОПК-5/ ОПК-5.2	6. Причины механической желтухи _____	холедохолитиаз структура фатерова соска рак головки поджелудочной железы
ОПК-5/ ОПК-5.3	7. Скорость клубочковой фильтрации в пробе Реберга-Тареева в норме составляет _____	80-120 мл/мин
ОПК-5/ ОПК-5.3	8. Микроальбуминурия - это потеря белка с мочой в объеме _____	30-300 мг\сут
ОПК-5/ ОПК-5.1	9. В патогенезе гломерулонефрита принимают участие следующие факторы _____	иммунное воспаление базальной мембранны отложение комплексов "антиген - антитело" на фильтрующей поверхности клубочка образование капиллярных микротромбов
ОПК-5/ ОПК-5.2	10. Клапанная митральная недостаточность - диагностируется в случае _____	неполное смыкание створок митрального клапана вследствие их органического изменения
ОПК-5/ ОПК-5.1	11. Щелчок открытия митрального клапана _____	возникает через 0,06-0,12 секунд после закрытия аортальных клапанов
ОПК-5/ ОПК-5.2	12. Недостаточность левого желудочка практически всегда ведет к перегрузке правых отделов сердца вследствие развития _____	легочной гипертензии «пассивного» типа
ОПК-5/ ОПК-5.4	13. Хроническое течение процесса при хроническом гломерулонефrite обусловлено _____	постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембранны клубочков
ОПК-5/ОПК-5.1	14. Наиболее информативным в дифференциальной диагностике хронического бронхита и бронхэкститической болезни является _____	бронхография

ОПК-5/ОПК-5.1	15. Характерный признак сердечной недостаточности при хроническом легочном сердце у больного с ХОБЛ _____	набухание шейных вен
ОПК-5/ОПК-5.1	16. 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
ОПК-5/ОПК-5.1	17. У больного 27 лет 3 дня тому назад внезапно появился озноб, сухой кашель, боли в правом боку, лихорадка до 38,9°с. правая половина грудной клетки отстает при дыхании. перкуторно от 3-го межреберья спереди и от середины межлопаточного пространства сзади - тупой звук, дыхание в этой области не проводится. левая граница сердца смещена на 1,5 см к наружу от срединноключичной линии. Этим данным соответствует диагноз_____	правосторонний экссудативный плеврит
ОПК-5/ОПК-5.1	18. 2 стадии астматического статуса аусcultативно характерно_____	участки «немого легкого»
ОПК-5/ОПК-5.1	19. При хронических обструктивных заболеваниях легких возможно осложнение_____	правожелудочковая недостаточность
ОПК-5/ОПК-5.1	20. Фактор, не участвующий в механизме удушья при бронхиальной астме_____	альвеолярный отек
ОПК-7/ОПК-7.1	21. Средства для быстрого облегчения симптомов при бронхиальной астме_____	быстро действующие в-адреномиметики
ОПК-5/ОПК-5.1	22. Аускультативная картина «немого легкого» при астматическом статусе обусловлена_____	полной обтурацией просвета бронхов вязкой мокротой с развитием ателектазов легочной ткани
ОПК-5/ОПК-5.1	23. Современное представление бронхиальной астмы_____	БА - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием эозинофилов, тучных клеток и T-лимфоцитов
ОПК-5/ОПК-5.1	24. Характерные признаки атопической бронхиальной астмы_____	положительные кожные пробы с аллергенами и связь клинических

		симптомов с контактом с этими аллергенами
ОПК- 5/ОПК- 5.1	25. Влажные хрипы в легких обычно выслушиваются при_____	бронхопневмония
ОПК- 5/ОПК- 5.1	26. Цирроз печени от хронического гепатита отличается_____	наличием портальной гипертензии
ОПК- 5/ОПК- 5.1	27. Для хронического панкреатита характерны жалобы на_____	опоясывающие боли
ОПК- 5/ОПК- 5.1	28. Наиболее информативным в дифференциальной диагностике хронического бронхита и бронхэкститической болезни является_____	бронхография
ОПК- 5/ОПК- 5.1	29. Характерный признак сердечной недостаточности при хроническом легочном сердце у больного с ХОБЛ_____	набухание шейных вен
ОПК- 5/ОПК- 5.1	30. У больной 46 лет, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, внезапно разилась 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 стандартном отведении. Приведенную выше клиническую картину может обусловить заболевание_____	тромбоэмболия легочной артерии
ОПК- 5/ОПК- 5.1	31. Преходящая охриплость голоса как симптом характерен для_____	митрального стеноза
ОПК- 5/ОПК- 5.1	32. Раннее развитие фибрилляции предсердий характерно для_____	митрального стеноза
ОПК- 5/ОПК- 5.1	33. Усиление 1 тона на верхушке сердца характерно для_____	митрального стеноза
ОПК- 5/ОПК- 5.1	34. Голосистолический шум на верхушке сердца, иррадиирующий в левую подмышечную область определяется при_____	недостаточность митрального клапана
ОПК- 5/ОПК- 5.1	35. Пролапс митрального клапана характеризуется развитием_____	недостаточности митрального клапана
ОПК- 5/ОПК- 5.1	36. Симптом Квинке («псевдокапиллярный пульс») характерен для _____	недостаточности аортального клапана
ОПК- 5/ОПК- 5.1	37. Диастолический шум флинта характерен для _____	недостаточности аортального клапана

5.1		
ОПК-5/ОПК-5.1	38. Шум Флинта обусловлен _____	относительным митральным стенозом
ОПК-5/ОПК-5.1	39. На крупных артериях определяется двойной тон Траубе при _____	недостаточность аортального клапана
ОПК-5/ОПК-5.1	40. Pulsus differens характерен для _____	митрального стеноза
ОПК-5/ОПК-5.1	41. Наблюдается увеличение пульсового артериального давления при _____	недостаточность аортального клапана
ОПК-5/ОПК-5.1	42. Гипертрофия миокарда левого желудочка наиболее выражена при _____	аортальный стеноз
ОПК-5/ОПК-5.1	43. На ЭКГ характерны признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка при _____	митральном стенозе
ОПК-5/ОПК-5.1	44. На ЭКГ характерны признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка при _____	недостаточности митрального клапана
ОПК-5/ОПК-5.1	45. Характерны симптомы Мюссэ, Квинке и шум Флинта при _____	недостаточности аортального клапана
ОПК-5/ОПК-5.1	46. Аусcultативно при триkuspidальной недостаточности определяется _____	систолический шум у мечевидного отростка, усиливающийся на высоте вдоха
ОПК-5/ОПК-5.1	47. Центральное венозное давление (ЦВД) при триkuspidальной недостаточности _____	повышается
ОПК-5/ОПК-5.1	48. 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
ОПК-5/ОПК-5.1	49. 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
ОПК-5/ОПК-5.1	50. Для митральной недостаточности характерен _____	систолический шум на верхушке

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
ОПК-5/ ОПК-5.1	51. В ОСНОВЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЖИТ а) нарушение насосной функции сердца б) снижение АД в) снижение функции автоматизма сердца г) гипертрофия левого желудочка	а
ОПК-5/ ОПК-5.1	52. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) ожирение б) гиподинамия в) курение г) наличие порока сердца	г
ОПК-5/ ОПК-5.1	53. 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
ОПК-5/ ОПК-5.1	54. 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
ОПК-5/ ОПК-5.1	55. 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

ОПК-5/ ОПК-5.1	56. 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
ОПК-5/ ОПК-5.1	57. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ХОБЛ б) тромбоэмболия легочной артерии в) кардиомиопатии г) миокардит	а
ОПК-5/ ОПК-5.2	58. 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
ОПК-5/ ОПК-5.1	59. ВНЕШНИЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РАЗВИТИЕ И ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ а) генетическая предрасположенность к атопии б) пол в) ожирение г) аллергены	г
ОПК-5/ ОПК-5.1	60. 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
ОПК-5/ ОПК-5.1	61. К ОСНОВНЫМ ЗВЕНЬЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ а) бактериемия б) атеросклероз в) гиперхолестеринемия г) активация РААС	а
ОПК-5/ ОПК-5.1	62. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ТРИКУСПИДАЛЬНОМ КЛАПАНЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ а) у больных, находящихся на хроническом гемодиализе б) после операций на полости рта в) у инъекционных наркоманов г) у пожилых пациентов	г

ОПК-5/ ОПК-5.1	63. ЧТО НЕ ВХОДИТ В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) отеки б) одышка в) гипертония г) гематурия	б
ОПК-5/ ОПК-5.1	64. ПРИ КАКОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ХГН НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНЫ КОРТИКОСТЕРОИДЫ а) минимальных изменениях клубочков б) мезангипиллярном в) фокальном сегментарном г) мембрanozном	а
ОПК-5/ ОПК-5.1	65. МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) иммунокомплексный б) антителный (антитела к базальной мембране почечных клубочков) в) токсическое повреждение почки г) дистрофические изменения почек	а
ОПК-5/ ОПК-5.1	66. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) эклампсия б) сердечная астма и отёк лёгких в) геморрагический инсульт г) ХПН	а, б, в
ОПК-5/ ОПК-5.1	67. ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО а) наличием хронических очагов инфекции б) сенсибилизацией организма к возбудителю в) подавлением иммунной системы г) постоянной выработкой аутоантител к антигенам базальной мембранны клубочков	г
ОПК-5/ ОПК-5.1	68. ВАРИАНТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, АРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДЯЩИЙ К РАЗВИТИЮ ХПН а) гематурический б) латентный в) смешанный г) гипертонический	в

ОПК-5/ ОПК-5.1	69. ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КОТОРЫЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И БЫСТРО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ХПН а) мембранозный б) мезангипролиферативный в) фокально-сегментарный г) экстракапиллярный с полулуниями	г
ОПК-5/ ОПК-5.1	70. В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ а) 10-12 дней б) 3-4 дня в) 1 неделя г) 1месяц	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>		
ОПК-7/ ОПК -7.1	71. Препараты, являющиеся муколитиками _____	ацетилцистеин йодид калия трипсин мукалтин
ОПК-7/ ОПК -7.2	72. При развитии острой левожелудочковой недостаточности у больного с острым инфарктом миокарда и повышенным АД необходимо начать лечение с введения _____	лазикса
ОПК-7/ ОПК -7.2	73. При развитии острой левожелудочковой недостаточности у больного с острым инфарктом миокарда и низким АД необходимо начать лечение с введения _____	дофамина
ОПК-7/ ОПК -7.2	74. При развитии острой левожелудочковой недостаточности у больного с митральным стенозом и фибрилляцией предсердий необходимо начать лечение с введения _____	дигоксина

ОПК-7/ ОПК -7.2	75. При развитии острой левожелудочковой недостаточности у больного с пароксизмальной желудочковой тахикардией необходимо начать лечение с введения _____	лидокаина
ОПК-7/ ОПК -7.2	76. Лечение кардиогенного шока у больного с острым инфарктом миокарда необходимо начать с введения _____	морфина
ОПК-7/ ОПК -7.2	77. При синдроме Дресслера у больных инфарктом миокарда показаны _____	глюкокортикоиды
ОПК-7/ ОПК -7.2	78. Какой препарат следует отменить у больного острым инфарктом миокарда при развитии геморрагического синдрома _____	гепарин
ОПК-7/ ОПК -7.1	79. Антиангинальным и противоаритмическим действием при стенокардии обладает _____	метопролол
ОПК-7/ ОПК -7.2	80. Синдром «обкрадывания» у больных стенокардией может развиться при использовании _____	дипиридамола
ОПК-7/ ОПК -7.2	81. Больной 35 лет страдает гипертонической болезнью 2-й ст., имеет место гиперкинетический тип гемодинамики. Следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии _____	бета-адреноблокаторам
ОПК-7/ ОПК -7.2	82. У больного 58 лет на фоне гипертонического криза развился отек легких. АД - 220/140 мм рт. ст. В этой ситуации лучше использовать препарат _____	лазикс
ОПК-7/ ОПК -7.1	83. Препарат выбора при лечении АГ у беременных является _____	допегит (метилдопа)
ОПК-7/ ОПК -7.2	84. К основной группе гипотензивных препаратов на 2-3 стадии заболевания относятся _____	ингибиторы АПФ
ОПК-7/ ОПК -7.2	85. К холеретикам относятся _____	препараты, содержащие желчь
ОПК-7/ ОПК -7.2	86. К растворению камней в желчном пузыре способствуют _____	препараты урсодезоксихолевой кислоты
ОПК-7/ ОПК -7.2	87. Четырехкомпонентная схема лечения гломерулонефрита включает _____	глюкокортикоиды+ цитостатики+ антикоагулянты+

		дезагреганты
ПК-7/ ПК-7.2	88. У 50-летней больной с желчнокаменной болезнью, возник очередной приступ желчной колики. для купирования болевого синдрома показаны _____	спазмолитики
ОПК-7/ ОПК -7.1	89. Препарат, который назначают при холестатическом синдроме _____	урсофальк
ОПК-7/ ОПК -7.2	90. Больной 60 лет с длительным калькулезным холециститом, рецидивирующими приступами желчной колики. Противопоказаны _____	желчегонные препараты
ОПК-7/ ОПК -7.2	91. Эффективные препараты для лечения хронических вирусных гепатитов _____	Интерферон-α
ОПК-7/ ОПК -7.2	92. Препарат снижающий рефлюкс _____	мотилиум, итоприд
ОПК-7/ ОПК -7.2	93. В комплексную терапию хронического панкреатита, сопровождающегося гиперамилаземией, нецелесообразно включать _____	фестал
ОПК-7/ ОПК -7.2	94. Эффективные препараты для лечения хронических вирусных гепатитов _____	Интерферон- α
ОПК-7/ ОПК -7.2	95. Хронический бронхит следует лечить антибиотиками _____	при выделении гнойной мокроты
ОПК-7/ ОПК -7.2	96. Препарат для лечения внебольничной пневмонии, вызванной грамположительной флорой _____	амоксициллин
ОПК-7/ ОПК -7.2	97. Препарат выбора для лечения стрептококковой пневмонии _____	цефтриаксон
ОПК-7/ ОПК -7.2	98. Антибиотик первого ряда для лечения легионеллезной пневмонии _____	азитромицин
ОПК-7/ ОПК -7.2	99. Группа антибиотиков первого ряда для лечения легионеллезной пневмонии _____	макролиды
ОПК-7/ ОПК -7.2	100. Антиангинальный препарат показанный больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью _____	амлодипин
ОПК-7/ ОПК -7.1	101. Больной 45-лет получает по поводу нестабильной стенокардии инъекции гепарина, в результате передозировки препарата	протаминсульфат

	развилось желудочно-кишечное кровотечение для нейтрализации гепарина необходимо применить _____	
ОПК-7/ ОПК -7.1	102. Механизм действия В-адреноблокаторов при ИБС следующий _____	Уменьшение ЧСС и потребности миокарда в кислороде
ОПК-7/ ОПК -7.1	103. Механизм действия нитратов при ИБС следующий _____	расширение периферических сосудов, уменьшение преднагрузки и потребности миокарда в кислороде
ОПК-7/ ОПК -7.2	104. С антиагрегантной целью у больных ИБС применяют _____	клопидогрель
ОПК-7/ ОПК -7.3	105. 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
ОПК-7/ ОПК -7.3	106. 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
ОПК-7/ ОПК -7.1	107. Наиболее эффективный дезагрегант _____	аспирин
ОПК-7/ ОПК -7.2	108. У больного развился инфаркт миокарда, осложненный левожелудочковой недостаточностью, с введения какого препарата необходимо начать лечение _____	нитроглицерин в/в
ОПК-7/ ОПК -7.2	109. При остро возникшей сердечной астме применяют _____	фуросемид в/в
ОПК-7/ ОПК -7.3	110. Больным, перенесшим инфаркт миокарда, для вторичной профилактики назначают длительно ацетилсалициловую кислоту, потому что она _____	препятствует агрегации тромбоцитов
ОПК-7/ ОПК -7.1	111. Трехкомпонентная эрадикационная схема включает в себя _____	омепразол+ амоксициллин+ кларитромицин
ОПК-7/	112. Для препарата фамотидин подберите его	блокатор Н ₂ -

ОПК -7.1	характеристику _____	гистаминорецепторов
ОПК-7/ ОПК -7.1	113. Для препарата альмагель подберите его характеристику _____	антацид
ОПК-7/ ОПК -7.2	114. Какой препарат показан при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью _____	натуральный желудочный сок
ОПК-7/ ОПК -7.2	115. Какой препарат следует назначить больному хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией _____	фамотидин
ОПК-7/ ОПК -7.2	116. У 50-летней больной желчнокаменная болезнь. Возник очередной приступ желчной колики. Какой из перечисленных препаратов показан для купирования болевого синдрома _____	платифиллин
ОПК-7/ ОПК -7.3	117. При лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют _____	спазмолитические средства
ОПК-7/ ОПК -7.2	118. У больного, страдающего острым гломерулонефритом в олигурической стадии, суточный диурез составляет 200 мл. Сколько жидкости можно вводить больному _____	700 мл
ОПК-7/ ОПК -7.3	119. В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют _____	холекинетики
ОПК-7/ ОПК -7.3	120. При лечении гиперкинетической формы дискинезий желчевыводящих путей используется _____	но-шпа

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

Код/ индикатор компетен- ции	Вопросы	Правильный ответ
ОПК-7/ ОПК-7.3	121. НАЗНАЧЬТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ а) введение прессорных аминов б) лазикс внутривенно в) эуфиллин внутрь г) ингаляция симпатомиметика	б
ОПК-7/ ОПК-7.1	122. КАКОЙ ДИУРЕТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ОБЛАДАЕТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) лазикс б) верошпирон в) диакарб г) гипотиазид	б
ОПК-7/ ОПК-7.1	123.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К СЕРДЕЧНЫМ ГЛИКОЗИДАМ а) дигоксин б) строфантин в) верошпирон г) коргликон	в
ОПК-7/ ОПК-7.4	124. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ β-БЛОКАТОРОВ а) синусовая тахикардия б) желудочковая тахикардия в) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия г) бронхиальная астма	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	125. КЛАРИТРОМИЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	а
ОПК-7/ ОПК-7.1	126. ОМЕПРАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	б

ОПК-7/ ОПК-7.1	127. МЕТОКЛОПРАМИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	в
ОПК-7/ ОПК-7.1	128. 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
ОПК-7/ ОПК-7.1	129. 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
ОПК-7/ ОПК-7.1	130. 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
ОПК-7/ ОПК-7.1	131. ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, СПОСОБНЫЕ ВЫЗВАТЬ РАБДОМИОЛИЗ а) статины б) фибраты в) секвестранты желчных кислот г) препараты никотиновой кислоты	а
ОПК-7/ ОПК-7.1	132. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ а) амоксициллин б) флуконазол в) цефтриаксон г) ванкомицин	б
ОПК7/ ОПК-7.1	133. К СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТНОСЯТСЯ а) глюкокортикоиды б) дезагреганты в) гипотензивные г) антикоагулянты	в

ОПК7/ ОПК-7.1	134. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СРОЧНОГО ГЕМОДИАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ а) метаболический ацидоз б) анурия в) анасарка г) высокая гиперкалиемия	г
ОПК7/ ОПК-7.1	135. ПРИ «ПУЛЬС-ТЕРАПИИ» ПРИМЕНЯЕТСЯ а) индометацин б) преднизолон в) азатиоприн г) делагил	б
ОПК-7/ ОПК-7.1	136. ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	137. К МИОТРОПНЫМ СПАЗМОЛИТИКАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метоклопрамид в) де-нол г) дротаверин	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	138. ПАНКРЕАТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ а) эрадикации Helicobacter pylori б) коррекции нарушений желудочной секреции в) устранения нарушений моторной функции желудка г) регуляции нарушений кишечного пищеварения	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	139. ПРЕПАРАТ ФАМОТИДИН а) блокатор H2-гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	а
ОПК-7/ ОПК-7.1	140. ПРЕПАРАТ АЛМАГЕЛЬ а) блокатор H2-гистаминорецепторов б) холинолитик общего действия в) холинолитик местного действия г) антацид	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	141. К ИНГИБИТОРАМ ПРОТОНОВОГО НАСОСА ОТНОСИТСЯ а) омепразол б) зантак в) протаб г) смекта	а

ОПК-7/ ОПК-7.1	142. К ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ а) панкреатин б) метронидазол в) атропин г) сукральфат	г
ОПК-7/ ОПК-7.1	143. ВЫРАЖЕННЫЙ ПРОТИВОРВОТНЫЙ ЭФФЕКТ ОКАЗЫВАЕТ а) панкреатин б) метоклопрамид в) кларитромицин г) дротаверин	б
ОПК-7/ ОПК-7.1	144. ОКРАШИВАНИЕ КАЛА В ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ а) панкреатина б) метоклопрамида в) де-нола г) метронидазола	в
ОПК-7/ ОПК-7.2	145. 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>		
ПК-13/ПК- 13.3	146. Симптом, характерный для обструктивного бронхита _____	экспираторная одышка

ПК-13/ПК-13.3	147. Заболевания(заболевание), приводящие(ее) к развитию хронического легочного сердца _____	все вышеперечисленные заболевания – ХОБЛ, силикоз, фиброзирующий альвеолит
ПК-13/ПК-13.3	148. Объективный признак, соответствующий хроническому бронхиту крупных и средних бронхов _____	сухие жужжащие хрюпы на вдохе и выдохе
ПК-13/ПК-13.3	149. У больного движения грудной клетки симметричны, коробочный звук при перкуссии, ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, печеночная тупость смешена вниз. Ваш диагноз _____	диффузная эмфизема легких
ПК-13/ПК-13.3	150. Что относится к немодифицируемым факторам риска развития ИБС _____	наследственная отягощенность, возраст, пол
ПК-13/ПК-13.3	151. Метод исследования – «золотой стандарт» диагностики ИБС _____	коронарография
ПК-13/ПК-13.3	152. Для передне-перегородочной локализации острого трансмурального инфаркта миокарда наиболее типично проявление изменений в следующих отведениях на ЭКГ _____	V1-V3
ПК-13/ПК-13.3	153. ЭКГ-диагностическим признаком трансмурального инфаркта миокарда является _____	наличие комплекса QS
ПК-13/ПК-13.3	154. Что относится к осложнениям острого инфаркта миокарда в подостром периоде _____	синдром Дресслера
ПК-13/ПК-13.3	155. Острый ревматической лихорадке часто предшествует инфекция, вызванная _____	β - гемолитическим стрептококком группы а
ПК-13/ПК-13.3	156. Основной провоцирующий фактор в развитии острой ревматической лихорадки _____	стрептококковая инфекция
ПК-13/ПК-13.3	157. После перенесенной стрептококковой инфекции острая ревматическая лихорадка	2-3 недели

	возникает через _____	
ПК-13/ПК-13.3	158. Ведущую роль в этиологии острой ревматической лихорадки играет _____	β-гемолитический стрептококк группы А
ПК-13/ПК-13.3	159. К дополнительным (малым) критериям острой ревматической лихорадки на ЭКГ относится _____	удлинение интервала PQ
ПК-13/ПК-13.3	160. Недостаточность митрального клапана может развиваться в результате _____	ревматизма инфаркта миокарда травмы грудной клетки инфекционного эндокардита
ПК-13/ПК-13.3	161. При сочетанном митральном пороке сердца границы сердца смещаются _____	влево, вверх и вправо
ПК-13/ПК-13.3	162. Наиболее характерные нарушения гемодинамики при митральном стенозе _____	увеличение давления в левом предсердии
ПК-13/ПК-13.3	163. Величина диастолического давления в полости левого предсердия при митральном стенозе достигает _____	20 - 30 мм рт. ст.
ПК-13/ПК-13.3	164. Как изменяется пресистолический шум у больных митральным стенозом при появлении мерцательной аритмии _____	исчезает
ПК-13/ПК-13.3	165. Признак, характерный для митральной недостаточности _____	ослабление I тона на верхушке
ПК-13/ПК-13.3	166. Если у больного имеется мезосистолический щелчок, за которым следует короткий систолический шум, то можно заподозрить _____	пролапс митрального клапана
ПК-13/ПК-13.3	167. Укажите R - признаки сочетанного митрального порока сердца _____	талия сердца сглажена, контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого и большого радиуса
ПК-13/ПК-	168. Шум Флинта обусловлен _____	относительным митральным

13.3		стенозом
ПК-13/ПК-13.3	169. Наиболее информативным методом оценки тяжести митрального стеноза является _____	эхокардиография
ПК-13/ПК-13.3	170. Рефлекс Китаева (активный спазм легочных артериол) возникает вследствие _____	прогрессирующего роста давления в левом предсердии (более 25 мм рт.ст.) и в легочных венах
ПК-13/ПК-13.3	171. Какой метод позволяет верифицировать диагноз цирроза печени _____	биопсия
ПК-13/ПК-13.3	172. При циррозе печени какой этиологии в биоптате выявляются тельца Маллори _____	алкогольной
ПК-13/ПК-13.3	173. 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
ПК-13/ПК-13.3	174. Среди внешних факторов, способствующих развитию острого гломерулонефрита, наибольшее значение имеет _____	переохлаждение
ПК-13/ПК-13.3	175. Проба, позволяющая выявить снижение клубочковой фильтрации при хроническом гломерулонефrite _____	проба Реберга-Тареева
ПК-13/ПК-13.5	176. Маркеры ХОБЛ _____	нейтрофилы и необратимая бронхиальная обструкция
ПК-13/ПК-13.1	177. Количество пачка/лет рассчитывается по формуле _____	число выкуриваемых сигарет в сутки x стаж курения (годы)
ПК-13/ПК-13.1	178. Пациента можно рассматривать как злостного курильщика, если индекс	>120

	курящего человека (ИКЧ) _____	
ПК-13/ ПК-13.5	179. Показатель ОФВ1 при ХОБЛ 2 стадии составляет _____	<80%
ПК-13/ ПК-13.5	180. Показатель ОФВ1 при ХОБЛ 3 стадии составляет _____	< 50%
ПК-13/ ПК-13.5	181. Бронхиальная обструкция считается обратимой, если прирост ОФВ1 при проведении бронходилатационного теста составляет _____	≥ 15%
ПК-13/ ПК-13.5	182. Наиболее точный метод оценки дыхательной недостаточности _____	исследование газового состава артериальной крови
ПК-13/ ПК-13.5	183. Наиболее информативный показатель бронхиальной обструкции _____	проба Тиффо
ПК-13/ ПК-13.5	184. Для определения обратимости бронхиальной обструкции используется проба с _____	сальбутамолом
ПК-13/ ПК-13.2	185. Диастолический шум при митральном стенозе _____	лучше выслушивается в положении на левом боку в фазе выдоха
ПК-13/ ПК-13.2	186. Наиболее достоверным аусcultативным признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является _____	наличие "щелчка открытия" митрального клапана
ПК-13/ ПК-13.5	187. Нормальное содержание общего билирубина в крови _____	5,0-20,5 мкмоль/л
ПК-13/ ПК-13.5	188. Только прямая (конъюгированная) гипербилирубинемия характерна для _____	механической желтухи
ПК-13/ ПК-13.5	189. Увеличение прямого и непрямого билирубина наблюдается при _____	хронический гепатит высокой активности
ПК-13/ ПК-13.5	190. О внутрипеченочном холестазе свидетельствует увеличение _____	уровня ЩФ
ПК-13/ ПК-13.2	191. Для микоплазменной пневмонии характерно _____	скучные физикальные данные
ПК-13/ ПК-13.1	192. Наиболее типичным характером болей у больного с инфарктом миокарда является _____	стойкая загрудинная давящая, иногда жгучая, с широкой

	_____	иrradiацией
ПК-13/ ПК-13.1	193. Для инфарктной пневмонии при ТЭЛА характерно _____	внезапное появление одышки и боли в груди
ПК-13/ ПК-13.5	194. Лейкопения характерна для пневмонии, вызванной _____	вирусами
ОПК-4/ОПК-4.1	195. Признак нарушения функции внешнего дыхания по рестриктивному типу _____	снижение ЖЭЛ
ПК-13/ ПК-13.3	196. В воинской части отмечено массовое заболевание военнослужащих пневмонией, протекающей с малопродуктивным кашлем и выраженным явлениями интоксикации. рентгенологически - двустороннее усиление легочного рисунка в прикорневых областях, полиморфные очаги воспалительной инфильтрации. антибактериальная терапия амоксициллином, цефалоспоринами неэффективна. вероятная этиология пневмонии _____	микоплазма
ПК-13/ ПК-13.2	197. Для Фридлендеровской пневмонии характерно _____	деструктивный характер пневмонии с формированием множественных абсцессов
ПК-13/ ПК-13.6	198. 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
ПК-13/ ПК-13.5	199. Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована _____	через 2-3 дня и более после госпитализации
ПК-13/ ПК-13.5	200. Осложнению пневмонии абсцессом способствуют _____	иммунодефицитные состояния
ПК-13/ ПК-13.5	201. Признак нарушения функции внешнего дыхания по рестриктивному типу	снижение ЖЭЛ

ПК-13/ ПК-13.5	202. Возбудители инфекции, вызывающие острый абсцесс и гангрену легкого, проникают в легочную ткань преимущественно _____	аспирационным путем
ПК-13/ ПК-13.5	203. Гангрену легкого от острого абсцесса отличает _____	отсутствие клинических и рентгенологических признаков ограничения воспалительного процесса в легких
ПК-13/ ПК-13.2	204. Появление воздуха в плевральной полости у больного с заболеванием легких проявляется _____	ослаблением или отсутствием дыхательных шумов на стороне поражения
ПК-13/ ПК-13.5	205. У 42-летнего больного, страдающего митральным пороком сердца, после перенесенной ангины появились частые предсердные экстрасистолы, ощущаемые больным как неприятные "толчки" в груди. Данное нарушение ритма угрожает _____	появлением мерцательной аритмии
ПК-13/ ПК-13.5	206. У больного внезапно возник приступ сердцебиения (160 в минуту), который врач купировал пробой Вальсальвы. Приступ сердцебиения скорее всего был обусловлен _____	пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
ПК-13/ ПК-13.5	207. Выявление на ЭКГ удлинения интервала PQ, равного 0,28 с, свидетельствует о наличии у больного _____	блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени
ПК-13/ ПК-13.5	208. 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
ПК-13/	209. Патогномоничным для стенокардии	загрудинная боль и

ПК-13.1	является _____	депрессия сегмента ST, возникающие одновременно при нагрузке
ПК-13/ ПК-13.5	210. Основной лечебный эффект β-блокаторов при стенокардии связан с _____	уменьшением частоты и силы сокращений сердца
ПК-13/ ПК-13.5	211. Наиболее характерный ЭКГ-признак прогрессирующей стенокардии _____	горизонтальная депрессия ST
ПК-13/ ПК-13.5	212. Эхокардиографический признак, характерный для инфаркта миокарда _____	локальный гипокинез стенки желудочка
ПК-13/ ПК-13.5	213. Гиперлипопротеидемией, при которой повышенено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПНОП является тип _____	IIб
ПК-13/ ПК-13.5	214. Для мочевого синдрома при гломерулонефrite характерно:	гематурия, протеинурия, цилиндрурия

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
ПК-13/ ПК-13.4	<p>215. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)</p> <p>а) выявление HP в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выявление HP в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>в) выделение чистой культуры HP и определение ее чувствительности к антибиотикам</p> <p>г) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)</p>	6
ПК-13/ ПК-13.4	<p>216. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)</p> <p>а) выявление HP 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 HP 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>	6
ПК-13/ ПК-13.4	<p>217. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)</p> <p>а) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выделение чистой культуры HP и определение чувствительности к антибиотикам</p> <p>в) выявление антител IgM и IgG к HP в крови с помощью ИФА</p> <p>г) выявление фрагментов ДНК HP методом ПЦР в биоптате СО (зубном налете, кале)</p>	в
ПК-13/ ПК-13.4	<p>218. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)</p> <p>а) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка</p> <p>б) выявление фрагментов ДНК HP 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 HP в крови с помощью иммуноферментного анализа</p>	6

ПК-13/ ПК-13.4	<p>219. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI (HP)</p> <p>а) выявление HP в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка б) выявление HP в мазках- отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка в) выделение чистой культуры и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР</p>	а
ПК-13/ПК-13.4	<p>220.БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI (HP) ОСНОВАН НА ВЫЯВЛЕНИИ</p> <p>а) изучение уреазной активности HP 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 HP и определение чувствительности к антибиотикам г) выявление фрагментов ДНК HP в биоптатах слизистой оболочки желудка СО (зубном налете, кале) методом ПЦР</p>	а
ПК-13/ ПК-13.3	<p>221. 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
ПК-13/ ПК-13.2	<p>222. ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) отеки б) одышка в) увеличение печени г) цианоз</p>	б
ПК-13/ ПК-13.4	<p>223. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ХСН ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) электрокардиография б) эхокардиография в) рентгенография сердца в трех проекциях г) фонокардиография</p>	б
ПК-13/ ПК-13.3	<p>224. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ</p> <p>а) железодефицитная б) В12- дефицитная в) гипопластическая (апластическая)</p>	б)

	г) гемолитическая	
ПК-13/ ПК-13.5	225. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И РАКОМ ЖЕЛУДКА САМЫМ ВАЖНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ а) рентгеноскопия желудка б) реакция Грегерсена в) фиброгастроскопия с прицельной биопсией г) исследование желудочной секреции с гистамином	в
ПК-13/ ПК-13.2	226. ПОЯВЛЕНИЕ ШУМА ПЛЕСКА ПРИ ТОЛЧКОВОЙ ПЕРКУССИИ В ЭПИГАСТРИИ СПУСТЯ 5-6 Ч ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖИДКОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а) развитии перфорации желудка б) развитии желудочного кровотечения в) обострении хронического гастрита г) развитии стеноза привратника	г
ПК-13/ ПК-13.5	227. САМЫМ НАДЕЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЯБ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ а) рентгенологическое б) кала на скрытую кровь в) желудочной секреции г) эндоскопическое	г
ПК-13/ ПК-13.1	228. У БОЛЬНОГО С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА. ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	б
ПК-13/ ПК-13.1	229. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ а) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	а
ПК-13/ ПК-13.1	230. 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	г

	a) стеноз привратника б) пенетрация в) малигнизация г) перфорация	
ПК-13/ ПК-13.5	231. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЕВАЕТСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ а) стафилококк б) энтерококк в) грибы рода candida г) Helicobacter Pylori	г
ПК-13/ ПК-13.1	232. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПИЛОРОСТЕНОЗА а) рвота кофейной гущей б) интенсивные боли опоясывающего характера в) рвота к вечеру утренней пищей г) похудание, нарастание анемии	в
ПК-13/ ПК-13.1	233. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА а) рвота кофейной гущей б) рвота к вечеру утренней пищей в) интенсивные боли опоясывающего характера г) мелена	а
ПК-13/ ПК-13.1	234. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ОТЛИЧАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ а) особенности болевого синдрома б) отсутствие сезонности обострений в) диагностика Helicobacter pylori г) астеноневротический	а
ПК-13/ ПК-13.1	235. ВЫБЕРИТЕ ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА а) болевой б) желудочной диспепсии в) кишечной диспепсии г) астеноневротический	б
ПК-13/ ПК-13.5	236. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) ректальный б) сублингвальный в) внутрь г) внутривенный	г
ПК-13/ ПК-13.5	237. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ а) вентрикулография б) стресс допплер-эхокардиография в) электрокардиография	г

	г) допплер-эхокардиография	
ПК-13/ ПК-13.5	238. 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
ПК-13/ ПК-13.5	239. 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
ПК-13/ ПК-13.5	240. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ а) ≤ 1,0 ммоль\л б) ≤ 1,7 ммоль\л в) ≤ 2,0 ммоль\л г) ≤ 3,0 ммоль\л	6
ПК-13/ ПК-13.5	241. 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
ПК-13/ ПК-13.5	242. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) лейкоцитурия б) протеинурия в) гематурия г) цилиндурия	6
ПК-13/ ПК-13.5	243. ПРОБА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ВЫЯВИТЬ СНИЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ХГН а) проба по Нечипоренко б) проба Зимницкого в) проба Реберга-Тареева г) проба Аддиса-Каковского	в

ПК-13/ ПК-13.5	244. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) исследование мочи б) изотопная ренография в) экскреторная урография г) функциональная биопсия почки	г
ПК-13/ ПК-13.5	245. ИЗМЕНЕНИЯ МОЧИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА а) пиурия б) дизурия в) лейкоцитурия г) 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>		
ПК-14/ ПК-14.1	246. Что соответствует стенокардии	возникновение болей за грудиной при физической нагрузке длительность болей менее 20 минут боли купируются нитроглицерином
ПК-14/ ПК-14.2	247. При постинфарктном кардиосклерозе может наблюдаться	аневризма левого желудочка
ПК-14/ ПК-14.2	248. Для кардиогенного шока характерно	олигоанурия гипотония с тахикардией
ПК-14/ ПК-14.2	249. Для острой ревматической лихорадки справедливо утверждение	поражаются в основном крупные суставы
ПК-14/ ПК-14.2	250. Для острой ревматической лихорадки справедливо утверждение	поражается в основном миокард и эндокард с последующим развитием пороков сердца и ХСН
ПК-14/ ПК-14.1	251. Какой клапан сердца раньше поражается при острой ревматической лихорадке	митральный
ПК-14/ ПК-14.1	252. Наиболее характерным поражением кожи при острой ревматической лихорадке	кольцевидная эритема

	является	
ПК-14/ ПК-14.2	253. III степени активности ревматического процесса соответствует	с - реактивный белок +++
ПК-14/ ПК-14.1	254. Ревматический артрит характеризуется	«летучим» поражением крупных суставов
ПК-14/ ПК-14.1	255. Кольцевидная эритема локализуется на коже	внутренней поверхности конечностей
ПК-14/ ПК-14.2	256. К дополнительным (малым) критериям острой ревматической лихорадки относится	лихорадка
ПК-14/ ПК-14.2	257. Исходом острой ревматической лихорадки является	хроническая ревматическая болезнь сердца
ПК-14/ ПК-14.1	258. При митральном пороке сердца характерное изменение цвета кожных покровов	акроцианоз, цианотический румянец
ПК-14/ ПК-14.2	259. Какой синдром отличает цирроз печени от хронического гепатита	портальной гипертензии
ПК-14/ ПК-14.2	260. Что отличает первичный билиарный цирроз от вторичного билиарного цирроза печени	образование аутоантител к мембране клеток желчных протоков
ПК-14/ ПК-14.1	261. Какой признак цирроза печени не отражает портальную гипертензию	желтуха
ПК-14/ ПК-14.1	262. К клиническим проявлениям печеночной энцефалопатии относится	инверсия сна, раздражительность
ПК-14/ ПК-14.2	263. Для оценки функции печени при циррозе по Чайлд-Пью используют следующие показатели	билирубин, ПТИ, альбумин
ПК-14/ ПК-14.2	264. Клиническими признаками тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью являются	асцит, энцефалопатия
ПК-14/ ПК-14.2	265. Клиническими признаками гепато-рenalного синдрома при циррозе печени являются	олигурия, азотемия
ПК-14/ ПК-14.2	266. Характерным лабораторным признаком рака печени является	повышение α-фетопротеина
ПК-14/ ПК-14.2	267. Для холестатического синдрома при хроническом гепатите характерно	повышение уровня щелочной фосфатазы, g-глютаматтранспептидазы, холестерина
ПК-14/ ПК-14.2	268. Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и других острых повреждениях печени, характерно	повышение активности АЛТ, АСТ, ЛДГ
ПК-14/ ПК-14.2	269. Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени	отсутствие в крови α-фетопротеина

ПК-14/ ПК-14.2	270. 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
ПК-14/ ПК-14.2	271. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение	на кровоточащие вены пищевода при циррозе печени
ПК-14/ ПК-14.2	272. Какая форма гломерулонефрита характерна для болезни Берже	гематурическая
ПК-14/ ПК-14.1	273. Наиболее частая причина боли в грудной клетке при долевой (крупозной) пневмонии	развитие фибринозного воспаления плевры
ПК-14/ ПК-14.2	274. Приступ стенокардии является ситуацией, угрожающей развитием	инфаркта миокарда
ПК-14/ ПК-14.1	275. Для стенокардии напряжения ФК 2 характерно	незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа
ПК-14/ ПК-14.1	276. Для стенокардии напряжения ФК 3 характерно	незначительное ограничение физической активности, возникновение приступов при подъеме по лестнице выше 1 этажа,
ПК-14/ ПК-14.1	277. Впервые возникшая стенокардия характеризуется появлением приступов стенокардии давностью	1 месяц
ПК-14/ ПК-14.1	278. Симптом, который может наблюдаться при постинфарктном кардиосклерозе	нарушения ритма, левожелудочковая недостаточность, аневризма левого желудочка
ПК-14/ ПК-14.1	279. Укажите сроки латентного периода, после которого появляются симптомы нефрита	2-3 недели
ПК-14/ ПК-14.1	280. Вариант хронического гломерулонефрита, выявляемый при случайном обследовании	латентный
ПК-14/ ПК-14.1	281. Боли в области поясницы при остром гломерулонефrite могут быть связаны	с набуханием почек
ПК-14/ ПК-14.2	282. Верное утверждение в отношении вариантовной стенокардии Принцметала	вариантная стенокардия возникает в результате спазма коронарных артерий
ПК-14/ ПК-14.2	283. Для хронического холецистита в отличие от дискинезии желчевыводящих путей характерно	утолщение стенки желчного пузыря на УЗИ

ПК-14/ ПК-14.1	284. Предположение о хронической ИБС, стенокардии становится наиболее вероятным, когда	описан типичный ангинозный приступ, выявлены атеросклеротические изменения (бляшки) артерий при коронарографии
ПК-14/ ПК-14.1	285. Какое из положений в отношении вариантной стенокардии (Принцметала) верно	причиной болей является коронароспазм
ПК-14/ ПК-14.1	286. Синдром Дресслера, развивающийся при инфаркте миокарда - это	автоиммунная реакция
ПК-14/ ПК-14.1	287. Не относится к осложнениям острого инфаркта миокарда в остром периоде	синдром Дресслера
ПК-14/ ПК-14.1	288. Для синдрома Дресслера характерно	повышение температуры тела, перикардит, плеврит, пневмония
ПК-14/ ПК-14.1	289. Для кардиогенного шока характерно	снижение ад менее 90/50 мм рт. ст.
ПК-14/ ПК-14.1	290. Клиническим проявлением перфорации язвы является	острая «кинжалная» боль
ПК-14/ ПК-14.1	291. Стрессовая язва желудка проявляется чаще	кровотечением
ПК-14/ ПК-14.1	292. К вам на прием обратился больной с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды и натощак. на наличие какой патологии предположительно указывает этот симптом	язвенная болезнь 12-перстной кишки
ПК-14/ ПК-14.1	293. Возрастная группа, наиболее подверженная заболеванию острым гломерулонефритом	с 2-летнего возраста и до 40 лет
ПК-14/ ПК-14.1	294. Острый диффузный гломерулонефрит развивается чаще всего после	стрептококковых инфекций
ПК-14/ ПК-14.1	295. Для тампонады сердца характерно	парадоксальный пульс

На закрытое задание рекомендованное время – 2 минуты

Компетенции/ индикаторы достижения компетенции	Вопросы	Правильный ответ
ПК-14/ ПК-14.1	296. КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ а) набухание шейных вен б) асцит в) увеличение печени г) ортопноэ	г
ПК-14/ ПК-14.1	297. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а) ортопноэ б) асцит в) увеличение печени г) набухание шейных вен	а
ПК-14/ ПК-14.1	298. ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ а) увеличение печени б) кашель в) сердечная астма г) акроцианоз	а
ПК-14/ ПК-14.2	299. 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
ПК-14/ ПК-14.2	300. 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

ПК-14/ ПК-14.2	301. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ХСН В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ а) ревматические пороки сердца б) ИБС в) артериальная гипертензия г) кардиомиопатия	6
ПК-14/ ПК-14.1	302. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО а) экспираторная одышка б) инспираторная одышка в) мелкопузырчатые влажные хрипы г) кашель с гнойной мокротой	а
ПК-14/ ПК-14.1	303. ГЛАВНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ а) лейкоцитурия б) массивная протеинурия в) гематурия г) цилиндртурия	б
ПК-14/ ПК-14.1	304. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ а) отёки б) лейкоцитурия в) артериальная гипертензия г) протеинурия	г
ПК-14/ ПК-14.1	305. 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, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК- 14.3	9. Внебольничная очаговая пневмония. Клиника. Диагностика. Лечение.
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,	17. Бронхиальная астма. Клиника. Методы диагностики.

ОПК-5.3, ПК14/ПК14.1, 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,	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, ПК-14.2, ПК-14.3	24. Гипертонические кризы. Классификация. Клиника. 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	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,	31. ЭКГ – диагностика инфаркта миокарда. Динамика ЭКГ с

ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	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 Морганы - 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. 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,	61. Хронический гепатит. Этиология, патогенез.

ОПК-5.3, ПК-13/ПК-13.1, ПК-13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6,	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, ПК-13.5, ПК-13.6,	67. Осложнения циррозов печени. 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,	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 компетенций	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>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 39,8°, озноб, резкую слабость.</p> <p>Анамнез: Заболел остро после переохлаждения. Вчера вечером почувствовал озноб, слабость, повысилась температура до 38,5°. 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 нижнебоковой 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 приглушенны, тахикардия, 110 уд/мин. АД – 85/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правой подреберной области. Размеры печени по Курлову – 9x8x7 см.</p> <p>Лабораторно-инструментальное обследование:</p> <p>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"> Какое заболевание наиболее вероятно у больного? Оцените данные дополнительных методов обследования Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Укажите наиболее вероятные этиологические факторы данного заболевания. Назначьте и обоснуйте лекарственную терапию. Какие осложнения основного заболевания имеются у данного пациента? <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> Внебольничная пневмония. 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 Внебольничная бактериальная правосторонняя, среднедолевая пневмония, тяжелой степени тяжести. Осл.: ИТШ I ст. ДН 3 ст. Пневмококк Антибиотики бактерицидного действия (аминопенициллины, цефалоспорины), фторхинолоны, дезинтоксикационная, жаропонижающая терапия, муколитики, оксигенотерапия, инфузционная 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). Инфекционно-токсический шок I ст., ДН 3 ст.
ОПК-5/ОПК- 5.1, ОПК-5.2,	Ситуационная задача №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,	<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"> Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов. Перечислите заболевания с подобным состоянием. Назначьте дополнительные методы обследования. Оцените показатели лабораторно-инструментальных исследований Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите экзогенные факторы риска ХБ и ХОБЛ. Назначьте лечение. <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> Бронхобstrukтивный синдром, синдром дыхательной недостаточности. Бронхиальная астма, ХОБЛ. Компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография, пульсоксиметрия в динамике, оценка по шкале mMRC, проведение САТ-теста, определение уровня а1-антитрипсина. ОАК – эритроцитоз, снижение СОЭ. Р-графия ОГК – признаки эмфиземы, ЭКГ – перегрузка правого предсердия ХОБЛ, смешанный (эмфизематозно-бронхитический) фенотип, бронхиальная обструкция средней степени тяжести. Осл: ДН 2 ст. Курение, профессиональные вредности, неблагоприятные экологические факторы, переохлаждение, инфекция. Немедикаментозная терапия: отказ от курения, снижение веса. Длительно действующие антихолинергические бронхолитики, муколитики.
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,	<p>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>

ПК-14.2, ПК-14.3	<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 - $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$; HGB - 138 г/л, WBC-$14,0 \times 10^9/\text{л}$; (э. - 22%, п - 2%, с. - 49%, лимфоциты - 22%, моноциты - 5%), СОЭ - 10 мм/час</p> <p>Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяются спирами 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 6. Назовите наиболее вероятный фенотип БА 7. Назначьте лечение <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхобструктивный 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.
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>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 $37,2 - 37,5^\circ$ 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 sistолический 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 - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB - 120 г/л, НСТ - 48%, MCH – 28pg, MCV – 84fl, WBC- $11 \times 10^9/\text{л}$ (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</p>

	<p>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. 4. Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные узелки. <p>Малые: предшествующая ревматическая лихорадка, артralгии, повышение температуры тела, ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, СРБ, диспротеинемия, удлинение PQ на ЭКГ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический миокардит, инфекционный эндокардит. 6. 3-х этапность лечения Р: <ol style="list-style-type: none"> а) лечение активной фазы болезни в стационаре; б) продолжение лечения после выписки в реабилитационном отделении кардиологического санатория или кардиоревматологическом кабинете поликлиники; в) последующее многолетнее диспансерное наблюдение в поликлинике. 7. Основные лечебные мероприятия: <ul style="list-style-type: none"> • борьба со стрептококковой инфекцией; • подавление активного ревматического процесса; • коррекция иммунологических нарушений; • препараты метаболического действия; • лечение сердечной недостаточности.
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>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 x 10¹²/л., Нв – 92 г/л, WBC – 15 x 10⁹/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"> Сформулируйте предварительный диагноз. С чем связано ухудшение состояния больного? Назовите современный неинвазивный метод диагностики клапанных поражений сердца. Оцените данные общего анализа крови и анализа мочи. Что такое шум Флинта? При каком пороке он выявляется? Назовите возможные осложнения основного заболевания у больного. Принципы лечения больного (выписать рецепты). Показания к хирургическому лечению. <p>Эталоны ответов:</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 мочевой синдром (гематурия, протеинурия, цилиндурия). 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.
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-	Ситуационная задача №6

Больной О. 47 лет, директор школы, доставлен кардиобригадой с жалобами на боли жгучего характера за грудиной, сопровождающиеся ощущением нехватки воздуха и сердцебиением. Состояние резко ухудшилось 40 минут назад: после сильного стресса появились загрудинные боли. 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

13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3	<p>смерти». Была вызвана скорая помощь.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Покрыт холодным потом. Над лёгкими – везикулярное дыхание, мелкопузирчатые 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:</p> <p>Анализ крови: RBC – $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, НВ – 145 г/л, WBC – $13 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 6 мм/час. Миоглобин – 128 г/л.</p> <p>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"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Перечислите неотложные мероприятия, необходимые данному больному (выпишите рецепты). 4. Охарактеризуйте признаки резорбтивно-некротического синдрома у данного пациента. Определите дополнительные методы исследования. 5. Интерпретируйте изменения ЭКГ, которые подтверждают установленный Вами диагноз. 6. Назовите критерии кардиогенного шока и его стадии. 7. Обоснуйте с позиции патогенеза болезни необходимость назначения тромболитической и антикоагулянтной терапии. 8. Опишите изменения эхокардиограммы, характерные для данного заболевания. <p>Эталоны ответов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ИБС: Острый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области левого желудочка, остройший период. 2.Расслаивающая аневризма аорты, стенокардия, остеохондроз, стеноз устья аорты. 3.Аналгезия, 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.
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>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</p>

кг/м². Окружность талии 104 см, окружность бедер 120 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичны, акцент II тона над аортой. Пульс – 88 в мин. АД – 160/112 мм.рт. ст. Левая граница смещена влево на 2 см от средне-ключичной линии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. Дизурических явлений нет. Симптомы поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные данные:

Анализ крови общий – без патологии;

Биохимический анализ крови (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, Триглицериды - 2,7 ммоль/л (норма <1,7 ммоль/л), ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л (норма > 1,2 ммоль/л), ХС-ЛПНП – 4,6 ммоль/л (норма <3 ммоль/л); глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 108,8 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л), СКФ (по формуле CKD-EPI) = 53 мл/мин.

Вопросы к задаче:

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 мишени 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/ < мм 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, симпатоадреналовые кризы) позволяет поставить диагноз гипертонической болезни. Степень артериальной гипертензии определяется уровнем АД, а риск – наличием поражения органов мишени: 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

	<p>аритмий); Эхо-КГ для выявления степени ГЛЖ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 <i>рациональным комбинациям АГП</i>. К ним относятся:</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 ренинангиотензиновой 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>
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>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 антравальном отделе желудка наблюдается отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, единичные эрозии. Просвет луковицы двенадцатиперстной кишки деформирован за счет отечных, ригидных складок.</p>

	<p>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>Вопросы к задаче:</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? Как это подтвердить? 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>Эталоны ответов к задаче:</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 pH-метрией. 4. Наследственная предрасположенность, психоэмоциональные и алиментарные факторы, хеликобактерная инфекция, вредные привычки, неконтролируемый прием НПВС, ГКС. 5. Инвазивные: быстрый уреазный тест (КЛО-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 помpy в стандартной дозе (омепразол 0,02 г или лансопразол 0,03 г или рабепразол 0,02) 2 раза в день, 2) + клатитромицин 500мг 2 раза в день, 3) +амоксициллин 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.
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-	<p>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</p>

13.2, ПК-13.3, ПК-13.4, ПК-13.5, ПК-13.6, ПК14/ПК14.1, ПК-14.2, ПК-14.3

жительства. Госпитализирована для обследования и подбора терапии. 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.

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, бронхопония 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. 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.

Общий анализ крови: RBC – $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 130/л, WBC – $7,8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: GRA – 79% (э -1%, п -3%, с -78%), LYM-17%, MON - 6%, СОЭ – 58 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 7,8 г/л, альбумин – 40,0%, холестерин – 7,8 ммоль/л, мочевина – 6,1 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, общий билирубин – 182 ммоль/л, прямой билирубин – 162 ммоль/л, К – 4,1 мэкв/л, Na – 145 мэкв/л, АЛТ – 52 Ед/л, АСТ – 48 Ед/л, ЩФ – 720 Ед/л, ГГТП – 460 Ед/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

Эталоны ответов 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 4 г 3 раза/день во время приема уменьшает интенсивность кожного зуда более чем у 90% больных. Урсодезоксихолевая кислота в дозе 12 – 15 мг/кг уменьшает кожный зуд, приводит к снижению уровня билирубина, ЩФ, трансамина. Антигистаминные препараты могут назначаться на ранних стадиях

	<p>заболевания при интенсивном зуде, однако их эффективность невелика, действие обусловлено индукцией сна.</p> <p>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 раздельно с холестирамином, т.к. он может подавлять их абсорбцию.</p> <p>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.</p> <p>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-ACK): Месалазин, Сульфасалазин — в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (супспензия, 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>
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>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 (facies nefritica), отеки на ногах. Левая граница относительной сердечной тупости смешена на 1,5 см кнаружи от средне-</p>

лючичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушенны, акцент II тона над аортой, ЧСС 82 в мин., АД 180/120 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови общий – RBC- $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$; HGB – 87,0 г/л, НСТ – 10,5 г/л, MCV – 32%, л, PLT – $190 \times 10^9/\text{л}$, WBC – $6,3 \times 10^9/\text{л}$, с/я – 54,1%, лимф. – 37%, моноц. – 9%, СОЭ – 26 мм/ч.

Биохимический анализ крови - общий белок крови - 58 г/л, альбумины – 39,39%, α_1 -глобулины – 3,99%, α_2 - 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.

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.

Проба Зимницкого: колебания удельного веса 1009-1013, в суточном диурезе (700 мл) преобладание ночного;

ЭКГ: гипертрофия левого желудочка, синусовая тахикардия-100 в минуту, нарушения процессов реполяризации в миокарде.

Исследование глазного дна показало сужение, извитость артериол, отечность диска зрительного нерва.

УЗИ почек: уменьшение размеров почек, отечность коркового слоя.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Какие основные методы лечения применяются при хроническом гломерулонефrite?
4. Медикаментозное лечение. Какие средства используются в качестве симптоматической терапии?
5. Какие препараты используют для лечения гематурического синдрома

Ответы:

1. Диагноз: Хронический гломерулонефрит, смешанная (нефротическая-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, гипопротеинемия, 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

	<p>обследования: анализ мочи по Нечипоренко, подсчет суточной потери белка, определение электролитов сыворотки крови, мочевины, остаточного азота крови, радионуклидное исследование почек, функционющую биопсию почек</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</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>Ситуационная задача №11</p> <p>Больной С., 26 лет, обратился с жалобами на чувство тяжести, дискомфорт в правом подреберье, слабость, повышенную утомляемость, незначительное повышение Т (до 37,2°).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, отмечается субъективность кожи и склер. По органам грудной клетки без особенностей. Живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный, в правом подреберье пальпируется край печени, гладкий, положителен симптом Кера. Размеры печени по Курлову 12 x 10 x 9 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Было проведено обследование: общий анализ крови: НВ – 125 г/л, RBC 4,6 x 10¹²/л, WBC – 9,6 x 10⁹/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ – 25 мм/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 -75 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АЛТ - 226 ед, АСТ-80 ед., глюкоза – 4,1 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л. По результатам УЗИ ОБП выявлена умеренная гепатомегалия, утолщение стенок желчного пузыря до 4 мм</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> Выделите клинические синдромы. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какие факторы риска поражения печени имеются у больного? Сформулируйте алгоритм дальнейших исследований. Назовите основные серологические маркеры вирусных гепатитов В и С. Назначьте необходимое лечение. Какие осложнения данного заболевания возможны? <p>Эталоны ответов к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> Основные синдромы – астенический, гепатомегалии, холестатический, цитолитический

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

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).