

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.49 Терапия</u>
Квалификация	<u>врач-терапевт</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулутко</u>

Санкт-Петербург
2025 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных компетенций (УК), общепрофессиональных компетенций (ОПК) и профессиональных компетенций (ПК).

Универсальные компетенции (УК):

- способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);
- способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);
- способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);
- способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);
- способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

Общепрофессиональные компетенции (ОПК):

- способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);
- способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);
- способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);
- способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);
- способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);
- способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6);
- способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);
- способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);

- способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);
- способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10).

Профессиональные компетенции (ПК):

- способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-1);
- способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза (ПК-2);
- способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы, проводить контроль эффективности и безопасности (ПК-3);
- способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» (ПК-4);
- способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» (ПК-5);
- способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме (ПК-6);
- способен к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-7).

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
<p>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Знать: пациент–ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения Уметь: проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач в области дерматовенерологии, анализировать медицинскую информацию профессионального дерматовенерологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины Владеть: нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями</p>	<p>Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</p>	<p>Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логи-</p>	<p>Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>

	ческого мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами		
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знать: современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия. Уметь: выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий. Владеть: навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знать: свои ресурсы и их пределы (личностные, психофизиологические, ситуативные, временные); технологию перспективного планирования ключевых целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; этапы карьерного роста и изменения карьерной траектории в связи с временной перспективой развития деятельности и требованиями рынка труда; ключевые принципы непрерывного медицинского образования. Уметь: применять знание о своих ресурсах и их пределах; планировать достижение перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; реализовывать намеченные цели деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; критически оценивать эффективность использования времени	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	<p>и других ресурсов при решении поставленных задач, а также относительно полученного результата; планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда.</p> <p>Владеть: навыками саморазвития и осознанного обучения с использованием предоставляемых возможностей для приобретения новых знаний и навыков; навыками планирования профессиональной траектории, используя инструменты непрерывного медицинского образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда</p>		
<p>ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>Знать: основные понятия и требования нормативно-правовых актов по вопросам информационной безопасности в профессиональной деятельности состав, характеристики и назначение современных информационно-коммуникационных технологий для решения задач профессиональной деятельности. Уметь: обоснованно выбирать средства защиты информации в профессиональной деятельности обоснованно выбирать современные информационно-коммуникационные технологии для решения задач профессиональной деятельности Владеть: навыками применения средств защиты информации в профессиональной деятельности навыком работы с системным и прикладным программным обеспечением, используемым для решения задач профессиональной деятельности</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-</p>	<p>Знать: систему государственного управления в РФ, Ветви власти. Уровни управления. Органы управления здравоохранением. Виды медицинских организаций. номенклатура, организационно-правовые формы. управление здравоохранением в системе государственного управления в РФ. Основные принципы управления и организации медицинской помощи</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

<p>статистических показателей</p>	<p>населению.</p> <p>исторические мировые системы здравоохранения.</p> <p>источники финансирования здравоохранения: страховая и бюджетная медицина. Обязательное медицинское страхование в РФ.</p> <p>программу государственных гарантий, территориальную программу госгарантий. Формирование тарифов ОМС.</p> <p>нормативно-правовое регулирование здравоохранения. Система нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, основы применения статистического метода.</p> <p>возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.</p> <p>методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.</p> <p>Уметь: использовать систему нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ, проводить базовую статистическую обработку данных.</p> <p>анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.</p> <p>использовать методику расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.</p> <p>Владеть навыками: использования системы нормативно-правовых документов, регулирующих охрану здоровья граждан в РФ;</p>		
-----------------------------------	--	--	--

	<p>использования основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципов диспансеризации населения, реабилитации больных;</p> <p>прохождения процедуры аккредитация; использования лекарственных средств и медицинских изделий;</p> <p>осуществления расчета показателей медицинской статистики; основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций;</p> <p>применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения и результаты деятельности организаций и подразделений здравоохранения, методики расчета показателей медицинской статистики</p>		
<p>ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>Знать: содержание, формы, характеристики педагогической деятельности</p> <p>Уметь: осуществлять различные виды педагогической деятельности</p> <p>Владеть: навыками анализа факторов, влияющих на успешность педагогической деятельности врача</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>Знать: методику сбора анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей);</p> <p>- общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению, порядки оказания медицинской помощи, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации при оказании медицинской помощи, основы топографической анатомии областей тела.</p> <p>Методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей), методику осмотра пациентов, методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здо-</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>ровья, этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики осложнений, в том числе неотложных состояний; основы и принципы дифференциальной диагностики, МКБ, принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов, симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций; методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов. Знать заболевания, требующие направления пациентов к врачам-специалистам</p> <p>Этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний у взрослых;</p> <ul style="list-style-type: none">- симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов <p>Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза у пациентов (их законных представителей). Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);</p> <ul style="list-style-type: none">- оценивать состояние пациентов. Использовать методы осмотра и обследования взрослых в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов;- выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов. <p>Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов в</p>		
--	--	--	--

	<p>соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов;</p> <p>- выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур. Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций.</p> <p>Владеть: навыками сбора жалоб, анамнеза пациентов (их законных представителей);</p> <p>- сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов, интерпретацией информации</p> <p>осмотром и обследованием пациентов формулированием предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов с учетом стандартов медицинской помощи, направлением пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам;</p> <p>- выполнением и обеспечением безопасности диагностических манипуляций пациентам.</p> <p>-интерпретацией результатов осмот-</p>		
--	--	--	--

	<p>ров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов, направлением пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>-установлением диагноза пациентам.</p> <p>-проведением дифференциальной диагностики осложнений;</p> <p>- навыками интерпретации и анализа результатов комплексного обследования пациентов, формулирования предварительного диагноза</p>		
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>Знать: методы медикаментозного лечения, принципы применения медицинских изделий, лечебного питания у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы лазерного и хирургического лечения; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;</p> <p>порядок оказания медицинской помощи. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам</p> <p>Уметь: разрабатывать план лечения пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляции. Проводить мониторинг заболевания и (или состояния), корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения различных видов лечения пациентов. Предотвращать или устранять осложнения, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных или хирургических вмешательств</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками разработки плана лечения пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p>		
--	---	--	--

	<p>по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>навыком составления плана ведения пациентов из групп риска и разработка принципов наблюдения за патологическими состояниями</p>		
<p>ОПК-6.</p> <p>Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Знать: стандарты первичной специализированной медикосанитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам. Основы медицинской реабилитации пациентов. Методы медицинской реабилитации пациентов</p> <p>показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению</p> <p>Уметь: определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>осуществлять контроль эффективности реабилитационных мероприятий и прогноза, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалида</p> <p>Владеть: мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>методами выявления факторов риска развития патологии, проведение профилактики осложнений</p>	<p>Тестирование</p> <p>Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Знать: порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров. Медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности.</p> <p>Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации</p> <p>Уметь: устанавливать сроки и степень временной или стойкой утраты нетрудоспособности пациентов в соответствии с нормативно-правовыми документами, регламентирующими проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>Владеть: навыком заполнения листка нетрудоспособности, навыком проведения анализа основных показателей деятельности стационара и амбулаторного подразделения</p> <p>Навыком подготовки необходимой медицинской документации пациентам для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>	<p>Тестирование Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Знать: принципы диспансерного наблюдения за пациентами в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами. Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации пациентов</p> <p>основные вопросы нормальной и патологической физиологии</p> <p>порядок оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия че-</p>	<p>Тестирование Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>ловека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания</p> <p>основы здорового образа жизни, методы его формирования</p> <p>Уметь: проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития. Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями</p> <p>оценивать эффективность профилактических мероприятий среди пациентов</p> <p>определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту.</p> <p>Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p> <p>проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний</p> <p>Владеть: Навыком составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>навыком организации мероприятий по профилактической работе с населением</p> <p>Навыком определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней</p> <p>навыком проведения беседы, пропагандирующей здоровый образ жизни, с пациентами и их родственниками, выдачи рекомендаций пациентам и их родственникам по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний</p>		
--	--	--	--

<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Знать: правила ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах основы анализа показателей общественного здоровья прикрепленного населения принципы организации деятельности медицинского персонала Уметь: использовать современные медицинские информационные системы для ведения медицинской документации проводить анализ показателей общественного здоровья прикрепленного населения организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: навыками ведения медицинской документации в современных медицинских информационных системах анализа показателей общественного здоровья, прикрепленного населения навыками управления командой подчиненных проведением работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Тестирование Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знать: основные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе клинические признаки эпилептического приступа, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца. принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи взрослым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по</p>	<p>Тестирование Тестовые задания к экзамену</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями (по возможности)</p> <p>- проводить осмотры и обследования с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с неотложными состояниями и (или) заболеваниями; оценивать у пациентов анатомо-функциональное состояние организма в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях;</p> <p>применять методы осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной форме. Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе эпилептического приступа, различных видов травм, укусов насекомых, термических воздействий, отравлений, нарушения дыхания, боли в области сердца.</p>		
--	---	--	--

	<p>Владеть: навыками сбора жалоб, физикального осмотра, интерпритации полученных данных пациентов с неотложными состояниями и (или) заболеваниями. принципами оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) неотложными состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях, к которым относятся: эпилептический приступ, травмы различного генеза и локализации, укусы насекомых, термические воздействия, отравления различными видами поражающих агентов, нарушения дыхания, боли в области сердца.</p>		
<p>ПК-1. Способен к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знать: основы здорового образа жизни, формирования мотивации поддержания здоровья, укрепление принципов правильного питания. методики мотивации к сохранению и укреплению здоровья населения Уметь: проводить пропагандистскую работу по формированию здорового образа жизни среди населения. грамотно и доступно объяснить пациентам и их родственникам методики, применяемые для сохранения и укрепления своего здоровья Владеть: необходимыми знаниями для возможности пропагандирования здорового образа жизни у населения, необходимым количеством знаний о методиках сохранения и поддержания здоровья населения</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-2. Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза</p>	<p>Знать: основные клинические проявления заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"; - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия";</p>	<p>Аттестационные тесты\</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<ul style="list-style-type: none">- методику сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- методику осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- этиологию и патогенез заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия";- современные классификации, клиническая симптоматика заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия";- современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия";- МКБ;- симптомы и особенности течения осложнений у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- медицинские показания к использованию методов лабораторной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- заболевания и (или) состояния по профилю "терапия", требующие направления пациентов к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,		
--	--	--	--

	<p>клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none">- заболевания и (или) состояния по профилю "терапия", требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме <p>Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";</p> <ul style="list-style-type: none">- проводить осмотры и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- применять методы осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей;- интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- обосновывать и планировать объем инструментального исследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской		
--	---	--	--

	<p>помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть: сбором жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";</p> <ul style="list-style-type: none">- осмотром пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";- показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на инструментальное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на лабораторное исследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- показаниями к направлению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- принципами обоснования и постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ		
--	--	--	--

<p>ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", проводить контроль эффективности и безопасности</p>	<p>Знать: - порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия"; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"; - современные методы лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в терапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"; - показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия"; - предоперационную подготовку и послеоперационное ведение взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"; - принципы оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
---	--	--	--

	<p>- принципы оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов</p> <p>Уметь: - разрабатывать план лечения взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- обосновывать выбор метода медикаментозного и (или) немедикаментозного лечения и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- определять последовательность медикаментозной, и (или) немедикаментозной терапии и (или) хирургического вмешательства у взрослых с заболеваниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- назначать лекарственные препараты и медицинские изделия взрослым с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий;</p> <p>- определять показания и противопоказания для хирургических вмешательств, разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по</p>		
--	--	--	--

	<p>профилю "терапия" к хирургическому вмешательству;</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить мониторинг симптомов и результатов лабораторной диагностики при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия", корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения; - назначать лечебное питание взрослым с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"; - назначать лечебно-оздоровительный режим взрослым с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"; - проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий у взрослых с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципами назначения немедикаментозной терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами назначения лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - принципами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, 		
--	---	--	--

	<p>немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;</p> <p>- принципами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";</p> <p>- принципами оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии пациентов</p>		
<p>ПК-4.</p> <p>Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями по профилю "терапия"</p>	<p>Знать: - методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе инвалидов по заболеваниям по профилю "терапия";</p> <p>- медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям по профилю "терапия";</p> <p>- механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия";</p> <p>- медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>Уметь: - определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>- разрабатывать план реабилитационных мероприятий при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- проводить мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", для прохождения медико-социальной экспертизы.</p> <p>Владеть: - составлением плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия" в соответствии с</p>		
--	--	--	--

	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведением мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия", в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - направлением пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи 		
<p>ПК-5. Способен к проведению медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"</p>	<p>Знать: медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; требования к оформлению медицинской документации;</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. <p>Уметь: определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "тера-</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>пия", для прохождения медико-социальной экспертизы;</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия"; - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров относительно наличия или отсутствия заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия". <p>Владеть: проведением экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и работа в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности;</p> <ul style="list-style-type: none"> - подготовкой необходимой медицинской документации для экспертизы пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; - направлением пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", для прохождения медико-социальной экспертизы 		
<p>ПК-6. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в экстренной форме</p>	<p>Знать: особенности патологии у пациентов, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.</p> <p>Уметь: оказывать экстренную медицинскую помощь при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента</p> <p>Владеть: навыками в организации оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-7. Способен к применению основных</p>	<p>Знать: основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным</p>	<p>Аттестационные тесты</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p>

<p>принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных;</p> <ul style="list-style-type: none"> - допуск юридических и физических лиц к медицинской деятельности: лицензирование и аккредитация. Порядок использования лекарственных средств и медицинских изделий; - классификаторы (видов медицинской деятельности и пр.) и номенклатуры в медицине; - главные медицинские специалисты, ведущие медицинские учреждения, научные журналы; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи; - Международная классификация болезней 10 (11) пересмотра; - Требования ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности - факторы безопасной деятельности; - виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; - внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация; - мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры; - основы теории управления здравоохранением. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении. Школы менеджмента: научного управления, классическая, психологическая, количественная. Универсальная модель управленческого процесса Н. Винера, процессный, системный и ситуационный подходы в управлении; - затраты медицинской организации: виды, классификация; - ресурсное обеспечение медицинской помощи. Себестоимость медицинских услуг, ценообразование в здравоохранении. Спрос и предложение. Стоимость медицинских услуг. Бизнес-планирование. Рынок медицинских услуг; 	<p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
---	---	--	--------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none">- требования охраны труда, основы безопасности пациентов и медицинских работников;- должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю. <p>Уметь: - проводить, интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования, обосновывать и планировать объем, интерпретировать и анализировать результаты основного и дополнительного инструментального и лабораторного исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none">- разрабатывать план лечения, обосновывать применение лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения и назначение хирургического вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- использовать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия";- использовать международную классификацию болезней 10 (11) пересмотра;- использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по		
--	--	--	--

	<p>оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений;</p> <ul style="list-style-type: none">- выполнять служебные обязанности в условиях контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: определения, задачи, организация;- осуществлять мероприятия по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры;- действовать с использованием основ менеджмента и маркетинга в здравоохранении;- применять процессный, системный и ситуационный подходы в управлении. <p>Владеть: - направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" на инструментальное и лабораторное исследования, консультацию к врачам-специалистам, разработку плана лечения, назначение лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <ul style="list-style-type: none">- использования порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях по профилю "терапия".- обоснование и постановка диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).- выполнения требований ВОЗ по обеспечению безопасной медицинской деятельности Факторы безопасной деятельности.- действий при различных видах контроля качества и безопасности медицинской деятельности в РФ; проведение		
--	---	--	--

	<p>работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.</p> <ul style="list-style-type: none">- выполнения мероприятий по обеспечению безопасности медицинского труда, предварительные и периодические медицинские осмотры.- применения основ теории управления здравоохранением, менеджмента и маркетинга в здравоохранении; использования процессного, системного и ситуационного подходов в управлении.- выполнения требований охраны труда, безопасности пациентов и медицинских работников.- исполнения должностных обязанностей медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю.		
--	--	--	--

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции)

2 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции)

1 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	• факт вызова бригады	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	• место (адрес) происшествия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	• количество пострадавших	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	• пол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	• примерный возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	• состояние пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	• объём оказываемой помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
56.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
60.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
62.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
65.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
66.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
67.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
68.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
69.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
70.	Повернул пострадавшего «от себя»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
71.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
72.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

2 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	факт вызова бригады	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	место (адрес) происшествия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	количество пострадавших	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	пол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	примерный возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	состояние пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	объём оказываемой помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	

37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

2. Экстренная медицинская помощь.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Оценил сознание	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проводил кислородотерапию при отсутствии показаний	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Обеспечил внутривенный доступ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Верно наложил электроды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Правильно вызвал СМП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Применил двойную антиагрегантную терапию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Использовал верные дозировки антиагрегантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Применил эпинефрин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Использовал верные дозировки эпинефрина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Использовал оптимальный способ введения эпинефрина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Применил инфузионную терапию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Использовал верный объем и скорость введения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Применил сальбутамол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Использовал верную дозировку сальбутамола	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Использовал оптимальный способ подачи сальбутамола	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Применил гепарин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Использовал верную дозировку гепарина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Использовал оптимальный способ введения гепарина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Применил глюкозу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Использовал верную дозировку глюкозы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Использовал оптимальный способ введения глюкозы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Использовал верную дозировку и оптимальный способ введения ЛС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

34.	Использовал дополнительные препараты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Соблюдал приоритетность введения ЛС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Верно выполнил пункцию плевральной полости	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Придал возвышенное положение головному концу кровати	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Использовал дефибрилятор на живом пациенте	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
При остановке кровообращения		
43.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил в слух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения проверив сознание и дыхание)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Прервал компрессии грудной клетки для оценки ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Правильно интерпретировал ритм	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
56.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения компрессий	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	Через две минуты приготовился оценивать ритм	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
60.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	Правильно интерпретировал ритм	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63.	Обеспечил введение набранного эпинефрина	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
65.	Использовал дефибрилятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
66.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
67.	Во время остановки кровообращения вводил непоказанные лекарственные препараты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

3. Рандомный выбор станции:

Сбор жалоб и анамнеза.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
Начало консультации. Установление контакта с пациентом		
1.	Поздоровался с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представился, назвав свои ФИО	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Объяснил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Сбор информации. Расспрос пациента		
6.	Начал сбор информации с общего вопроса: «Что привело вас?», вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Выстраивание отношений в процессе общения		
12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Завершение контакта с пациентом		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Клинические выводы		
14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Оформил результаты расспроса пациента в форме заключения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Консультирование*Оценочный чек-лист*

№ п/п	Действия испытуемого	Критерий оценки
Выстраивание отношений		
1.	Проявляет заботу о пациенте на протяжении всей консультации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обращается к пациенту по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Реагирует на чувства пациента (волнения, тревоги, ожидания и др.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Поддерживает зрительный контакт с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Информирование пациента		
5.	Обозначает характер этапа консультации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Называет предполагаемый / установленный диагноз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Называет причины заболевания / состояния	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Называет приемы и способы лечения / профилактики	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Называет прогноз и возможные осложнения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Предоставляет пациенту информацию, основанную на достоверных, актуальных и значимых медицинских источниках (нормативные документы, клинические и методические рекомендации, национальные руководства)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Разъяснение информации		
11.	Спрашивает, с какой информацией пациент уже знаком	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Спрашивает, что пациент хотел бы узнать по обсуждаемому вопросу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Предоставляет пациенту возможность задавать вопросы по мере их появления, а не только в конце разъяснения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Разъясняет информацию пациенту доступным для его понимания языком, кратко и небольшими «порциями»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Завершение консультации		
15.	Подводит кратко итоги консультации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Убеждается в понимании и запоминании пациентом информации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Уточняет план дальнейших действий пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

4. Рандомный выбор станции:

Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерий оценки
1.	Установил контакт с пациентом (<i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (<i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Предложил пациенту сесть	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Получил добровольное информированное согласие пациента (<i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Задал все необходимые вопросы (<i>когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Заранее подготовил все необходимое (<i>стетофонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проверил сроки годности и целостность оборудования перед началом манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Сказал пациенту, как необходимо лечь (<i>на кушетку, на спину, ноги выпрямлены, руки вдоль тела</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к пациенту) и попросил оголить живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что осматривает живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук (<i>верно объяснив, как необходимо показать ладони</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе, как это сделать (для осмотра слизистой оболочки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Согрел руки перед пальпацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (<i>плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (<i>аналогичным образом</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (<i>аналогичным образом</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (<i>аналогичным образом</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (<i>аналогичным образом</i>)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

22.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Верно оценил состояние апоневроза (кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Верно оценил состояние пупочного кольца (указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценил наличие симптома флюктуации (попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки (смещая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, штриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; смещая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента вдохнуть животом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

37.	Верно выполнил перкуссию селезенки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Верно выполнил пальпацию брюшной аорты (ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Верно выполнил аускультацию брюшной аорты (головка стетоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа, выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Справился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Верно заполнил заключение	X

Физикальное обследование пациента (дыхательная система)

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, предложил сесть, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил назвать ФИО и возраст, сверил данные с медицинской документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Уточнил самочувствие пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Получил согласие пациента на проведение физикального обследования (рассказал о процедуре, зачитал информированное добровольное согласие, уточнил наличие вопросов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Подготовил все необходимое оборудование	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Обработал руки гигиеническим способом (имел аккуратные ногти, отсутствие украшений на руках)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проверил наличие признаков хронической гипоксии (оценил положение пациента, цвет кожных покровов, состояние пальцев рук)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Измерил ЧСС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Измерил ЧДД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Оценил носовое дыхание	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Осмотрел миндалины и заднюю стенку глотки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Измерил температуру тела пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Осмотрел грудную клетку (оценил форму, наличие деформаций, симметричность и синхронность движения обеих половин грудной клетки, наличие втяжения уступчивых мест, тип и ритм дыхания)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Пропальпировал лимфатические узлы (подчелюстные, затылочные, задние шейные, подмышечные)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно произвел пальпацию грудной клетки (оценил эластичность, наличие болезненности, голосовое дрожание)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Правильно произвел сравнительную перкуссию передней поверхности грудной клетки (в области надключичных ямок, на ключицах, в моренгеймовых ямках, в I-III межреберьях справа и слева и в IV и V межреберьях справа по срединно-ключичным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

18.	Правильно произвел сравнительную перкуссию боковых поверхностей грудной клетки (в III-V межреберьях по средним подмышечным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Правильно произвел сравнительную перкуссию задней поверхности грудной клетки (в надостных областях по лопаточным линиям и зонах, расположенных посередине и перпендикулярно линиям, соединяющим внутренние верхние углы лопаток и остистый отросток VII шейного позвонка; в межлопаточном пространстве по околопозвоночным линиям; в подлопаточных областях в VII-IX межреберьях по лопаточным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Правильно произвел аускультацию передних отделов легких (в области надключичных ямок, в I-III межреберьях справа и слева, IV и V межреберьях справа по срединно-ключичным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Правильно произвел аускультацию боковых отделов легких (в III-V межреберьях по средним подмышечным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Правильно произвел аускультацию задних отделов легких (в надостных областях по лопаточным линиям; в межлопаточном пространстве по околопозвоночным линиям; в подлопаточных областях в VII-IX межреберьях по лопаточным линиям)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	При необходимости попросил пациента глубоко подышать ртом и/или откашляться для улучшения слышимости дополнительных дыхательных шумов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Информировал пациента о ходе обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Правильно общался с пациентом по завершении обследования (предложил одеться, сообщил о подготовке заключения)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Обработал мембрану и оливы стетофонендоскопа	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Снял перчатки и выбросил их в контейнер для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Сформулировал верное заключение	X

Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Предложил пациенту сесть на стул	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Получил у пациента добровольное информированное согласие	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Провел осмотр пациента в положении лёжа с приподнятым изголовьем кушетки под углом 30-45°	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Оценил кожные покровы, конъюнктивы, слизистую ротовой полости, пальцы рук, надавил на кончик ногтя	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

9.	Попросил пациента повернуть голову на левый бок, использовал источник света для осмотра правой внутренней яремной вены	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Провел пальпацию передней поверхности голени, оценил наличие отеков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Оценил пульс на сонных артериях поочередно с двух сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Оценил пульс на плечевых артериях одновременно на двух руках	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Оценил пульс на лучевых артериях одновременно на двух руках, затем на одной не менее 10 секунд, смотря на часы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Измерил ЧДД, положив другую руку на эпигастральную область	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Оценил пульс на бедренных артериях одновременно с двух сторон, затем одновременно с лучевой артерией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Измерил АД, предварительно задав вопросы о факторах, влияющих на его показатели	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Пропальпировал верхушечный толчок, в случае его отсутствия, озвучил	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Оценил наличие дефицита пульса	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал сердечный толчок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Пропальпировал пульсацию крупных сосудов во 2-м межреберье у левого и правого краев грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Провел аускультацию в точке аортального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Провел аускультацию правой и левой сонных артерий в течение не менее 5 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Провел аускультацию в точке пульмонального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Провел аускультацию в точке митрального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Провел аускультацию в подмышечной области с целью выявления иррадиации шума с митрального клапана	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Провел аускультацию в точке трикуспидального клапана совместно с пальпацией сонной/лучевой артерией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Правильно провел аускультацию сердца в положении пациента на левом боку и в положении сидя с небольшим наклоном вперед	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Провел аускультацию легких в симметричных участках спереди, сбоку, сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Обработал оливы и головку стетофонендоскопа спиртовой салфеткой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Сформулировал верное заключение	X
32.	Информировал пациента о ходе исследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

5. Регистрация и интерпретация электрокардиограммы

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил данные с медицинской документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись к нему по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

4.	Убедился, что информированное добровольное согласие на проведение манипуляции получено	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Убедился, что есть все необходимое. Проверил целостность упаковок и сроки годности спиртовой салфетки и электродного геля	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Обработал руки и при необходимости надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Убедился, что одноразовая медицинская пеленка расстелена на кушетке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Попросил пациента освободить от одежды места наложения электродов и лечь на спину (положить руки вдоль туловища, ноги не скрещивать)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Убедился, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Убедился, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Нанес электродный гель на предполагаемые места установки электродов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Наложил красный плоский электрод на внутреннюю поверхность правого предплечья	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Наложил желтый плоский электрод на внутреннюю поверхность левого предплечья симметрично красному	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Наложил зеленый плоский электрод на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Наложил черный плоский электрод на внутреннюю поверхность правой голени симметрично зеленому	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Наложил электрод V1 в IV межреберье по правому краю грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Наложил электрод V2 в IV межреберье по левому краю грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Наложил электрод V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Наложил электрод V3 между V2 и V4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Наложил электрод V5 в V межреберье по передней подмышечной линии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Наложил электрод V6 в V межреберье по средней подмышечной линии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Включил электрокардиограф	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Убедился в правильности настройки регистрации ЭКГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Осуществил запись ЭКГ, в том числе на вдохе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Снял электроды с пациента, отключил электрокардиограф	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Предложил пациенту бумажную салфетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Обработал электроды, убрал их и электродный гель на место	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Обработал руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Сформулировал верное заключение	X

4.2. Аттестационные тесты

ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА БОЛЕЕ 80 Г/Л В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

опухоли печени
гломерулонефрита
> амилоидоза
коронавирусной инфекции

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

десны
подкожного жира
слизистой оболочки прямой кишки
> почки

М-ГРАДИЕНТ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

остром лейкозе

> амилоидозе

применении антиагрегантов

применении антикоагулянтов

ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ

системной красной волчанки

подагры

микрористаллической артропатии

> ревматоидного артрита

ДИАГНОЗ «АМИЛОИДОЗ» МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ

рентгенологического обследования

определения иммуноглобулинов сыворотки крови

биохимического исследования крови

> биопсии пораженного органа

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА БИОПСИЯ

подкожного жира

слизистой прямой кишки

> почки

слизистой десны

К ПРИЧИНАМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

тиреотоксикоз

паранеопластические синдромы

> амилоидоз

застойную сердечную недостаточность

РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА ВОЗМОЖНО ПРИ

> ревматоидном артрите

системной красной волчанке

узелковом периартериите

гранулематозе Вегенера

ВТОРИЧНЫЙ АА-АМИЛОИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

> ревматоидном артрите

дерматомиозите

системном васкулите

рабдомиолизе

В ПАТОГЕНЕЗЕ АМИЛОИДОЗА ЛЮБОГО ТИПА ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

иммунологической реактивности организма

функциональному состоянию печени

> гиперпродукции белка-предшественника

наследственным факторам

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОТЕКОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение венозного оттока

повышение гидростатического давления

> снижение онкотического давления

Лимфостаз

ДЛЯ AL-АМИЛОИДОЗА ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

почек

центральной нервной системы

костей и суставов

> сердца

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АМИЛОИДОЗА ОСНОВАНА НА

выраженности протеинурии

> биохимической природе белка-предшественника

наличия или отсутствия предрасполагающего заболевания

особенностях органного поражения

ДЛЯ β 2М-АМИЛОИДОЗА ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

> костей и суставов

почек

центральной нервной системы

сердца

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ АМИЛОИДОЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСЯТ

системную красную волчанку

воспалительные заболевания кишечника

хронические гнойные заболевания

> семейную средиземноморскую лихорадку

АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

фибросаркома кожи

рак желудка

остеосаркома

> рак легких, молочной железы

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

определение суточной протеинурии

цитологическое или гистологическое исследование костного мозга

КТ органов грудной клетки и брюшной полости

> морфологическое исследование почечного биоптата

К ПРОЯВЛЕНИЯМ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК ОТНОСЯТ

кожные высыпания

> наличие выраженной протеинурии и упорной гипотонии

макрогематурию

быстро прогрессирующую почечную недостаточность

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

сопровождается злокачественной артериальной гипертензией

исчезает при развитии хронической почечной недостаточности

> сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности

сопровождается гематурией

АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- > ревматоидном артрите
- хроническом пиелонефрите
- остеоартрозе
- гломерулонефрите

ОСНОВНОЙ СТРАТЕГИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ АА-АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- применение аутологичных стволовых клеток
- подавление пролиферации клона плазматических клеток
- > эффективная борьба с причиной воспаления
- назначение колхицина

ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК КОРТИКОСТЕРОИДЫ

- потенцируют процесс
- замедляют течение амилоидоза
- не влияют на скорость течения процесса
- > ускоряют течение амилоидоза

ЧАЩЕ ВСЕГО ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- гранулематозе Вегенера
- > ревматоидном артрите
- узелковом периартериите
- системной красной волчанке

ПЕРВИЧНАЯ НЕФРОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- мембранозном гломерулонефрите
- > наследственном амилоидозе
- интерстициальном нефрите
- радиационном гломерулонефрите

ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ВСАСЫВАНИЯ ВИТАМИНА В12 ЯВЛЯЕТСЯ _ ОТДЕЛ _ КИШКИ

- проксимальный; подвздошной
- проксимальный; тощей
- > дистальный; подвздошной
- дистальный; тощей

МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 8
- 4
- 5
- > 2

ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- синтезируется в печени и надпочечниках
- поступает исключительно с пищей
- > синтезируется в печени и поступает с пищей
- синтезируется в печени и почках

ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ²)

> 4-6

1,5

3

2

ДВУХСТВОРЧАТОЕ СТРОЕНИЕ ИМЕЕТ _ КЛАПАН

легочного ствола

> митральный

аортальный

правый атриовентрикулярный

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ СТРУКТУРЫ

> однослойной изоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря

двуслойной гипоэхогенной, формирующей контур желчного пузыря

двуслойной линейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев

однослойной криволинейной, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА, ОТДЕЛЯЮЩЕЕСЯ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЫЧНОМ ПИЩЕВОМ РЕЖИМЕ, СОСТАВЛЯЕТ (В Л)

2-2,5

> 1,5-2

1-1,5

0,5-1

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ

> диастолы

пресистолы

сistolы

сistolы и диастолы

ЭНДОГЕННЫЙ СИНТЕЗ ХОЛЕСТЕРИНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

> печени

головном мозге

желудке

поджелудочной железе

НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ _ СТВОРОК

двух

пяти

четырех

> трех

ЕСЛИ ПРИ ПЕРВОМ СЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БЕРЕМЕННОЙ НАХОДИВШЕЙСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ, IgM ОТСУТСТВУЮТ, НО ВЫЯВЛЕНЫ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ IgG НА УРОВНЕ ЗАЩИТНОГО ТИТРА И ВЫШЕ, ТО ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОВТОРЯЮТ ЧЕРЕЗ _ ДНЕЙ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВОЗМОЖНЫХ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

> 10-14

7-10

14-21

ЕСЛИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ПОВТОРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННОЙ, НАХОДИВШЕЙСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ, ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ АНТИТЕЛА IgG И IgM НЕ ОБНАРУЖЕНЫ, ТО СЛЕДУЕТ

прекратить обследование беременной на краснуху

провести третье обследование через 14-21 день

провести третье обследование через 7-10 дней

> провести третье обследование через 10-14 дней

ЕСЛИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ У БЕРЕМЕННОЙ, НАХОДИВШЕЙСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ, АНТИТЕЛА IgG И IgM НЕ ОБНАРУЖЕНЫ, ТО БЕРЕМЕННОЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ КОНТАКТ С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ И

повторить обследование через 14-21 день

повторить обследование через 7-10 дней

прекратить обследование на краснуху

> повторить обследование через 10-14 дней

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

снижение массы тела до 5%

лихорадка в течение 2-х недель

> диарея неясного генеза более 2-х месяцев

регионарный лимфаденит

ОСТРЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

является причиной гестозов

является причиной развития ОПН

> вызывает гибель плода на ранних сроках

вызывает острый жировой гепатоз

БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ОПАСНОЙ С ПОЗИЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

моча

кал

слюна

> кровь

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ТОКСОПЛАЗМОЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

бактериологический

кожно-аллергический

бактериоскопический

> молекулярно-биологический

В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

> антиретровирусные препараты

цитостатики

антибактериальные средства

иммуномодуляторы

ПОРАЖЕНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИЧ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НИЗКИМ УРОВ- НЕМ

иммуноглобулинов
циркулирующих иммунных комплексов
В-лимфоцитов
> CD4+ лимфоцитов

РЕАКТИВАЦИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ - ИНФЕКЦИЕЙ

> происходит на стадии вторичных заболеваний
соответствует латентной стадии ВИЧ
встречается у всех больных
возникает в инкубационном периоде

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО СКРИНИНГА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

реакцию непрямой гемагглютинации
> иммуноферментный анализ
реакцию иммунного лизиса
молекулярно-биологический метод

ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НЕОХО- ДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

> лимфомой мозга
менингококковым менингоэнцефалитом
серозным менингитом
гнойным менингитом

ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО В СЛУ- ЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У НЕГО

пневмонии любой этиологии
глиобластомы головного мозга
урогенитального кандидоза
> гистологически подтверждённой саркомы Капоши

АНТИТЕЛА К ВИЧ, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ

> первичных проявлений
вторичных заболеваний
острой с вторичными заболеваниями
субклинической

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БЕЗ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАСТО СХОДНА С

> инфекционным мононуклеозом
микоплазменной пневмонией
опоясывающим лишаём
туберкулёзом

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ АНТИТЕЛА, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ ЧЕРЕЗ _ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ

> 2-3 месяца
1-2 года
3-4 недели
2 недели

ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ВИЧ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОПАДАНИИ ВИРУС-СОДЕРЖАЩЕГО МАТЕРИАЛА НЕПОСРЕДСТВЕННО НА

предметы личной гигиены

> слизистые оболочки

кожные покровы

продукты питания

АНТИТЕЛА К ВИЧ, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ

> первичных проявлений

вторичных заболеваний

острой с вторичными заболеваниями

субклинической

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БЕЗ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАСТО СХОДНА С

> инфекционным мононуклеозом

микоплазменной пневмонией

опоясывающим лишаём

туберкулёзом

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ АНТИТЕЛА, КАК ПРАВИЛО, ПОЯВЛЯЮТСЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ ЧЕРЕЗ _ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ

> 2-3 месяца

1-2 года

3-4 недели

2 недели

ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ВИЧ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОПАДАНИИ ВИРУС-СОДЕРЖАЩЕГО МАТЕРИАЛА НЕПОСРЕДСТВЕННО НА

предметы личной гигиены

> слизистые оболочки

кожные покровы

продукты питания

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТНОСЯТ

тошноту и рвоту натощак

потоотделение

головокружение

> генерализованную лимфаденопатию

ПЛОХИМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ СПИДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

высокий уровень антител к внутренним белкам ВИЧ в сыворотке крови

отсутствие специфических антител в сыворотке крови

> снижение уровня антител к внутренним белкам ВИЧ в сыворотке крови

высокий уровень антител к поверхностным белкам ВИЧ в сыворотке крови

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ _ ПУТЕМ

бытовым

воздушно-капельным

фекально-оральным

> половым

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

неотложная

плановая

> скорая

экстренная

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

по врачебным специальностям

> первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, паллиативную

амбулаторную, стационарную, стационарную дневную

экстренную, неотложную, плановую

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ МОЖЕТ ОКАЗЫВАТЬСЯ

медицинской службой онкологического диспансера

> медицинской сестрой или врачом выездной службы хосписа

скорой медицинской помощью

сотрудниками дома престарелых

СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

паллиативной

> скорой

первичной медико-санитарной

специализированной

СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 М 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

экстренная, неотложная, плановая

амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации

> первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная

по врачебным специальностям

«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА М 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

> заведующим отделением

главным врачом

заместителем главного врача по лечебной работе

председателем врачебной комиссии

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

финансированием научно-исследовательского сектора

изменением номенклатуры специальностей медработников

> развитием первичной медико-санитарной помощи

закупкой недостающих медикаментов за рубежом

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

санаторно-курортную

первую

стационарную

> паллиативную

ОБЪЕКТОМ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

> только сам паллиативный пациент

паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти

адекватное обезболивание и купирование тягостных симптомов у паллиативного пациента

паллиативный пациент и его родственники до момента наступления смерти и в период горевания

К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ

по врачебным специальностям

первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, паллиативную

амбулаторную, стационарную, дневной стационар

> экстренную, неотложную, плановую

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 32 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ОТНОСЯТ

экстренную

вторичную

> первичную, специализированную, скорую, паллиативную

диагностическую, лечебную

В ОСНОВЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЛЕЖИТ ПРИНЦИП

> территориально-участковый

индивидуальный

цеховой

этапный

ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 32 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ВИДЕ

> экстренной, неотложной, плановой

первичной, специализированной, скорой

паллиативной

диагностической, лечебной

ПЕРВИЧНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАТЬЕЙ 33 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323 «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ОКАЗЫВАЕТСЯ В

стационарных условиях

стационарных, федеральных центрах

амбулаторных, федеральных центрах

> амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

КОМПЛЕКСОМ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ЯВЛЯЕТСЯ

лечение

> медицинская помощь

медицинская услуга
диагностика

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ УГРОЗУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

> экстренной
неотложной
плановой
реабилитационной

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

паллиативной
первичной медико-санитарной
> специализированной скорой

ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ПОМОЩИ

> первичной медико-санитарной
паллиативной
скорой медицинской
специализированной медицинской

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕЗ ЯВНЫХ ПРИЗНАКОВ УГРОЗЫ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

плановой
реабилитационной
> неотложной
экстренной

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНИН МОЖЕТ ВЫБИРАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ __ В ГОД

2 раза
4 раза
> 1 раз
3 раза

КОМПЛЕКСОМ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАСПОЗНАВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ИЛИ УСТАНОВЛЕНИЕ ФАКТА НАЛИЧИЯ ЛИБО ОТСУТСТВИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПОСРЕДСТВОМ СБОРА И АНАЛИЗА ЖАЛОБ ПАЦИЕНТА, ДАННЫХ ЕГО АНАМНЕЗА И ОСМОТРА, ПРОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ, ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ И ИНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАГНОЗА, ВЫБОРА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА И (ИЛИ) КОНТРОЛЯ ЗА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ЭТИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

лечение
медицинская помощь
медицинская услуга
> диагностика

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ, СКОРУЮ И неотложную
> паллиативную
экстренную
стационарную

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ В
в амбулаторно-поликлинических учреждениях
в санаториях
в реабилитационных центрах
> в стационарах

НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ - СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ СТенок ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ДИАРЕЯ - УКАЗЫВАЕТ НА
язвенную болезнь с локализацией в желудке
хронический панкреатит
язвенный колит
> синдром Золлингера-Эллисона

ДИАРЕЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
болезненными позывами
наличием слизи в кале
> наличием полифекалии
скудным объемом каловых масс

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАЧАЛА РАЗВИТИЯ ДИФFUЗНОГО ЭЗОФАГОСПАЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
> боль за грудиной
чувство "кома" в горле
регургитация
рвота после еды

ДИАРЕЯ НЕ ПОДДАЕТСЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
болезни Уиппла
остром бактериальном энтерите
доброкачественной лимфоидной гиперплазии /вариабельный иммунодефицит
> эозинофильном энтерите

ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ
бифуркационный
эпифренальный
> глоточно-пищеводный
эпибронхиальный

ДЛЯ ДИАРЕИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТИПА ХАРАКТЕРНО
наличие каловых масс значительных по объему (полифекалия)
> наличие слизи, крови в испражнениях
увеличение частоты стула до 2-4 раз в день
отсутствие тенезмов

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕКИШЕЧНОЙ ФОРМЫ АМЕБИАЗА (АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ) ЯВЛЯЮТСЯ

доксорибицин, карминомицин, рубомицин
тетрациклин, метациклин, доксициклин
паромомицин, ципрофлоксацин, меропенем
> метронидазол, орнидазол, тинидазол

ОСМОТИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

после ваготомии
при болезни Крона
при язвенном колите
> при лактазной недостаточности

ТРИАДА СЕНТА ВКЛЮЧАЕТ СОЧЕТАНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И

панкреатитом
язвенной болезнью желудка
гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
> желчекаменной болезнью

ДЕФИЦИТ ЭНТЕРОКИНАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

лактазной недостаточности
> осмотической диареи
синдрома раздраженной кишки
хронических запоров

СЕКРЕТОРНАЯ ДИАРЕЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

> гастриноме
синдроме раздраженной кишки
язвенном колите
хроническом панкреатите

ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА ДИАМЕТР ВЕН БУДЕТ \geq _ ММ (ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ)

3
> 5
10
7

К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
опиоид-индуцированная диарея
> постпрандиальный дистресс-синдром
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

> повышения активности гаммаглутамилтранспептидазы
повышения непрямого билирубина крови
понижение холестерина
понижение активности щелочной фосфатазы крови

К СИМПТОМАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ОТНОСЯТ ОТРЫЖКУ,
прогрессивное снижение массы тела
отсутствие чувства сытости
дисфагию
> боль и тяжесть в эпигастрии

ПРИ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНОМ ДИВЕРТИКУЛЕ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА ПО-
ПЕРХИВАНИЕ, ДИСФАГИЮ
боль за грудиной
рвоту
изжогу
> чувство инородного тела в горле

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ПОКАЗАНО ОПРЕДЕ-
ЛЕНИЕ УРОВНЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ
пепсина
> гастрина
амилазы
соляной кислоты

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С
гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
> раком пищевода
грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
дивертикулом пищевода

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА ЯВЛЯ-
ЕТСЯ
эзофагогастродуоденоскопия
суточная рН - метрия
компьютерная томография
> морфологическое исследование биоптата

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С
грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
> ахалазией кардии
дивертикулом пищевода

ПОВЫШЕНИЮ ТОНУСА НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА СПОСОБ-
СТВУЕТ УПОТРЕБЛЕНИЕ
> белковой пищи
жиров
алкоголя
шоколада

БОЛИ ПРИ ГЛОТАНИИ, ПОПЕРХИВАНИЕ, ДИСФАГИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
> глоточно-пищеводного дивертикула
ахалазии кардии

ПАЦИЕНТЫ С ЭЗОФАГОСПАЗМОМ ЧАСТО ЖАЛУЮТСЯ НА
сухость во рту
боли в грудной клетке, иррадиирующие в лопатку
> боли за грудиной при волнении
отрыжку кислым

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ВКЛЮЧАЮТ ДИСФАГИЮ
отрыжку воздухом
> загрудинную боль
боль в эпигастрии
изжогу

ПАЦИЕНТЫ С ЭЗОФАГОСПАЗМОМ ЧАСТО ЖАЛУЮТСЯ НА
отрыжку воздухом
> периодическую дисфагию при приеме жидкой пищи
гиперсаливацию
жжение за грудиной

КАНДИДАМИКОЗ ПИЩЕВОДА, С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ, МОЖЕТ РАЗ-
ВИТЬСЯ НА ФОНЕ
глоточно-пищеводного дивертикула
> ахалазии кардии
пищевода Баррета
эрозивного рефлюкс-эзофагита

ВЕРОЯТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЛОТОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО ДИВЕРТИКУЛА
ЯВЛЯЮТСЯ РАЗВИТИЕ ДИВЕРТИКУЛИТА, КРОВОТЕЧЕНИЯ,
> перфорации
малигнизации
желудочная метаплазия эпителия
ущемления

ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА Понижает
мотилин
> холецистокинин
субстанция Р
гастрин

БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПИЩИ, РЕГУРГИТАЦИЯ, ДИСФАГИЯ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
глоточно-пищеводного дивертикула
> ахалазии кардии
рака пищевода

ДЛЯ ЯЗВЕННОПОДОБНОЙ ДИСПЕПСИИ ХАРАКТЕРНЫ НАЛИЧИЕ БОЛИ В ЭПИГА-
СТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НАТОЩАК И НОЧЬЮ, ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ПОСЛЕ
ПРИЕМА ПИЩИ И АНТАЦИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ И
снижение аппетита
отрыжка
снижение массы тела

> изжога

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

> уменьшения активности глюкуронилтрансферазы
уменьшения внутриклеточного транспорта билирубина
уменьшения захвата билирубина гепатоцитами
нарушенной билирубин-альбуминовой диссоциации

ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

повышением среднего давления в лёгочной артерии более 25 мм. рт.ст.
снижением сердечного выброса
> снижением диффузионной способности легких
увеличением лёгочного сосудистого сопротивления

ГАСТРИНОМА ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ И

подвздошной кишке
печени
> поджелудочной железе
теле желудка

ВАГОТОНИЧЕСКИЙ ТИП ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

фибрилляцией желудочков
экстрасистолией
синусовой тахикардией
> снижением артериального давления

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАПИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

гастроэзофагеальный рефлюкс
> дуоденостаз
ахлоргидрия
гиперхлоргидрия

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ 1 СТЕПЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА

> сладкого чая
рыбных блюд
капусты
густой каши

КРОВОТЕЧЕНИЕ И АНЕМИЯ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

ахалазии кардии
глохочно-пищеводного дивертикула
пищевода Баррета
> пептической язвы пищевода

ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

сухость кожных покровов
кожный зуд
гипергликемия
> снижение массы тела

ЖЕЛТУХА, КОНЪЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ, НЕИЗМЕНЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРАНСАМИНАЗ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- > синдроме Ротора
- остром холангите
- первичном билиарном циррозе
- неалкогольном стеатогепатите

ДЛЯ СИНДРОМА ЦИВЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ, ЖЕЛТУХА,

- выраженный лейкоцитоз
- апластическая анемия
- тромбоцитопения
- > жировой гепатоз

БОЛЬ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ КВАДРАНТЕ ЖИВОТА, ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ, ЖЕЛТУХА, ЛЕЙКОЦИТОЗ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ О

- аутоимунном гепатите
- неалкогольном стеатогепатите
- вирусном гепатите
- > остром холангите

ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ

- экскреции меди с мочой
- меди в артериальной крови
- аммиака в венозной крови
- > аммиака в артериальной крови

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- врожденный фиброз печени
- гемохроматоз
- > алкоголь
- наличие паразитов

ПРИ ГАСТРИНОМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ _ ДИАРЕЯ

- осмотическая
- > секреторная
- моторная
- экссудативная

ПРИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ПИТАНИИ СЛЕДУЕТ РЕЗКО ОГРАНИЧИТЬ

- гречневую крупу
- капусту
- > растительные масла
- пшеничные отруби

В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- > животного белка
- растительного белка

жиров
углеводов

ПРИ СТЕНОЗЕ СФИНКТРА ОДДИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

> папиллосфинктеротомия
прием блокаторов кальциевых каналов
прием холинолитиков
прием миотропных спазмолитиков

СНИЖЕНИЮ ТОНУСА НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТРА СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ

> блокаторов кальциевых каналов
цизаприда
домперидона
метоклопрамида

ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СНИЖЕНИЮ АММИАКА В КРОВИ СПОСОБСТВУЮТ ПРОДУКТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

> углеводы

жиры
витамины группы А, С
растительные белки

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ПРИ ЧАСТЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, А ТАКЖЕ ПРИ

полипах в дивертикуле
> сдавлении соседних органов
дуоденостазе
эрозии в дивертикуле

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СЛЕДУЕТ

рекомендовать прием спазмолитиков
рекомендовать прием ингибиторов протонной помпы
рекомендовать прием антацидов
> исключить из питания молочные продукты и сладкие блюда

СИМПТОМОМ ПОНОСА ТОНКОКИШЕЧНОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

скудный объем каловых масс
наличие слизи в кале
частая дефекация с болезненными позывами
> полифекалия

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография
ультразвуковая диагностика
радиоизотопное исследование
> компьютерная томография

В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНОМУ С ЗАПОРАМИ НАЗНАЧАЕТСЯ _ ВАРИАНТ СТАНДАРТНОЙ ДИЕТЫ

низкокалорийный

> основной
щадящий
высокобелковый

ПРЕПАРАТОМ, ВХОДЯЩИМ В ТРЕХКОМПОНЕНТНУЮ СХЕМУ ЭРАДИКАЦИИ *H. PYLORI*, ЯВЛЯЕТСЯ

канамицин
ванкомицин
цефазолин
> кларитромицин

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

биохимический
бактериологический
иммуноферментный
> гистологический

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

> эрадикация *Helicobacter pylori*
снижение секреции соляной кислоты
уменьшение выраженности болевого синдрома
уменьшение риска прободения язвы

К ПРЕДЪЯЗВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ _ ГАСТРИТ

атрофический
рефлюкс-
> ассоциированный с хеликобактер пилори
аутоиммунный

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДЯТ

через 12 месяцев после терапии
через 3 месяца после окончания лечения
сразу после окончания лечения
> через 4 недели после завершения лечения

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ

риска прободения
> частоты рецидивов
болевого синдрома
сроков рубцевания язвы

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ *H. PYLORI* КЛАРИТРОМИЦИН НАЗНАЧАЮТ 2 РАЗА В ДЕНЬ ПО (В МГ)

250
1000
100
> 500

ЗАРАЖЕНИЕ *H. PYLORI* ПРОИСХОДИТ

воздушно-капельным путем
половым путем
> орально-оральным путем
при трансфузии крови и ее компонентов

КЛЮЧЕВЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВКЛЮЧАТЬ ЕГО В СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

блокада продукции хлористоводородной кислоты и пепсина
снижение синтеза простагландинов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки
изменение структуры пула желчных кислот
> бактерицидное действие на *Helicobacter pylori*

В ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГАСТРИТЕ В ПРИМЕНЯЮТ

> омепразол
антигистаминные препараты
мезим форте
преднизолон

СТАНДАРТНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИ, ЯВЛЯЕТСЯ

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг x 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг x 1 раз в сутки
> ингибитор протонной помпы + амоксициллин 1000 мг x 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг x 2 раза в сутки
ингибитор протонной помпы + амоксициллин 500 мг x 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг x 2 раза в сутки
блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + амоксициллин 1000 мг x 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг x 2 раза в сутки

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ЯВЛЯЕТСЯ

иммунологический
> уреазный дыхательный тест
бактериологический
цитологический

ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРОЛЬ *H.PYLORI* СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЧЕРЕЗ

3-4 месяца
6-8 месяцев
7-14 дней
> 4-6 недель

ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *H.PYLORI*, ВКЛЮЧАЕТ ПРИЕМ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, АМОКСИЦИЛЛИНА, А ТАКЖЕ

ципрофлоксацина
эритромицина
> кларитромицина
ванкомицина

ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СЛЕДУЕТ

увеличить длительность курса лечения на 7 дней

увеличить дозы препаратов

> определить чувствительность *H. pylori* к принимаемым пациентом антибиотикам

сменить ингибитор протонной помпы

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериоскопический

бактериологический с определением антибиотикограммы

серологический

> 13С-дыхательный уреазный тест

К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

генерализованный эрозивный псориаз

> узловатую эритему

панкреатогенный сахарный диабет

межкишечные свищи

ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

> полипоз

перфорация

внутрикишечная обструкция

холелитиаз

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

развитие токсического мегаколона

повышенный риск малигнизации

> кишечная непроходимость

кровотечение

АУТОИММУННЫЙ ПЕРЕКРЕСТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВКЛЮЧАЕТ РАЗВИТИЕ

токсической дилатации толстой кишки

> первичного склерозирующего холангита

идиопатической тромбоцитопенической пурпуры

почечного несахарного диабета

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

ирригоскопия с барием

компьютерная томография

> колоноскопия с биопсией

общий анализ кала

ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

сегментарное поражение кишки

появление трансмуральных язв

> появление частых кровотечений

безрецидивное течение

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОЧТИ ВСЕГДА ЗАТРАГИВАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ КИШКИ

восходящей ободочной
поперечной ободочной
подвздошной
> прямой

ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

нисходящий отдел толстой кишки
проксимальный отдел тонкой кишки
слепая кишка
> дистальный отдел тонкой кишки

ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

изолированно тонкая кишка
поджелудочная железа
желудок
> изолированно толстая кишка

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОБЯЗАТЕЛЬНО РАЗВИВАЕТСЯ В ПРЯМОЙ КИШКЕ ПРИ

болезни Крона
> неспецифическом язвенном колите
болезни Уиппла
ишемическом колите

ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА

для профилактики рецидивов болезни
> при инфекционных осложнениях
при частых рецидивах и длительном течении заболевания
обязательно в каждом случае заболевания

ДИАРЕЕЙ И КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МАНИФЕСТИРУЕТ

хронический колит
язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
хронический энтерит
> неспецифический язвенный колит

К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ ОТНОСЯТ

> изъязвление и гиперемия слизистой оболочки кишки
сужение просвета кишки
геморроидальный узел
тотальную атрофию слизистой оболочки

ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

слизистый и подслизистый слои
мышечный слой и серозная оболочка
подслизистый и мышечный слои
> все слои кишечника

ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАТРАГИВАЕТ

- > слизистую оболочку
- мышечную оболочку
- подслизистую оболочку
- все слои кишки

МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ СУБСТРАТАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- специфические гранулемы
- лимфоцитарные гранулемы
- рубцовые изменения кишечника
- > хроническая эрозия, язва, крипт-абсцессы

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- > сульфасалазин
- тетрациклин
- панкреатин
- амоксициллин

ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ХАРАКТЕРНО

- вовлечение в процесс только слизистой оболочки кишки
- наличие поверхностных эрозий
- вовлечение в процесс слизистой и подслизистой оболочек кишки
- > наличие гранулем

К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- дивертикулез
- колоректальный рак
- токсическую дилатацию толстой кишки
- > стриктуры кишки

ТОКСИЧЕСКАЯ ДИЛАТАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- > язвенного колита
- полипоза кишки
- дивертикулита
- болезни Крона

К ЗНАЧИМЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- расширение просвета кишки
- > изменение гаустрации кишки, вплоть до ее исчезновения
- вид «бульжной мостовой»
- мешковидные выпячивания по контуру кишки

ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

- вовлекаются слизистая и подслизистая оболочки кишки
- вовлекается серозная оболочка кишки
- > вовлекается слизистая оболочка кишки
- вовлекаются все слои кишки

ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ДИАРЕЯ

осмотическая
> экссудативная
секреторная
моторная

МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ БИОПТАТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

тонкокишечная метаплазия слизистой
атрофическая метаплазия
саркоидоподобные гранулемы
> крипт-абсцессы

К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ БИОПТАТА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

тонкокишечную метаплазию слизистой
> саркоидоподобные гранулемы
атрофическую метаплазию
крипт-абсцессы

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР - ASCA ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

язвенной болезни желудка
раке желудка
> болезни Крона
язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

ГРАНУЛЕМЫ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛИЗИСТОЙ ЖКТ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПРИ

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
> болезни Крона
язвенной болезни желудка
раке желудка

ЭКССУДАТИВНАЯ ДИАРЕЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

синдроме раздраженной кишки
целиакии
> язвенном колите
хроническом панкреатите

АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ ЖЕЛУДКА ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ _ ГАСТРИТЕ

рефлюкс-
ассоциированном с хеликобактер пилори
лимфоцитарном
> аутоиммунном

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ АГРЕССИИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

слизь
липаза
амилаза
> соляная кислота

С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ

обструкция общего желчного протока
желчекаменная болезнь
> язвенная болезнь
аденома фатерова соска

ДЛЯ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

повышенной продукции соляной кислоты
поражения антрального отдела желудка
антител к главным клеткам желудка
> других аутоиммунных заболеваний

К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА СО СНИЖЕННОЙ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИЕЙ ОТНОСЯТ

рефлюкс-гастрит
язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки
> аутоиммунный гастрит
гастрит, ассоциированный с хеликобактер пилори

О СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ГАСТРИТА СУДЯТ ПО КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

> лейкоцитами
эритроцитами
нейроцитами
тромбоцитами

ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

закономерным снижением кислотообразования
> инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки желудка лимфоцитами
эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки
тяжелой дисплазией эпителия

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АКТИВНОГО Н.Р.-АССОЦИИРОВАННОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

бледная слизистая (рельеф складок сглажен)
> гиперемия слизистой с точечными кровоизлияниями
резко выраженная складчатость слизистой и большое количество слизи
наличие рубцовых изменений на слизистой желудка

КАКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТЕЛА И ДНА ЖЕЛУДКА?

рефлюкс-гастрит
лимфоцитарная
> аутоиммунная
Helicobacter pylori-ассоциированная

К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ БИОПТАТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С H. PYLORI, ОТНОСЯТ

тонкокишечную метаплазию слизистой
саркоидоподобные гранулемы
> атрофическую метаплазию
крипт-абсцессы

К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

длительный прием антигистаминных
прием антикоагулянтов
> цитотоксические аутоантитела
железодефицитную анемию

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

лимфоцитов в слизистой
плазматических клеток
эозинофилов в слизистой
> гигантских многоядерных клеток

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

употребление кислых продуктов
прием нестероидных противовоспалительных препаратов
резекция желудка
> нарушение моторики

К ПРИЗНАКАМ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

атрофию
метаплазию
очаги ороговения
> инфильтрацию нейтрофилами

ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

> гистологическое исследование биоптатов
гастроскопия
рентгеноскопия
суточная рН-метрия

К ПРИЗНАКАМ ФИБРИНОЗНОГО ГАСТРИТА ОТНОСЯТ

инфицирование *H. pylori*
катаральное воспаление
> некротические изменения слизистой
ахлоргидрию

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

> заброс желчных кислот в желудок
длительный прием антацидов
прием нестероидных противовоспалительных препаратов
наличие язвы двенадцатиперстной кишки

АНТАЦИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ В ТЕРАПИИ

язвенной болезни желудка сопровождающейся билиарной дисфункцией
язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, ассоциированной с *H. pylori*
синдрома Золлингера-Эллисона
> хронического гастрита с дуодено-гастральным рефлюксом

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ

внутримышечно

внутривенно

в микроклизмах

> перорально

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА И ТЯГИ К АЛКОГОЛЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ

2016 Г. ОДОБРЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Фенобарбитала

Дисульфирама

> Баклофена

Сертралина

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА ВКЛЮЧАЮТ

терапию α -интерфероном

физиотерапевтическое лечение

> устранение этиологического фактора

витамины группы В

ПРИ ТЯЖЕЛОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕЛИРИЯ И СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ 2016 Г. РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Фенобарбитала

Карбамазепина

Амитриптилина

> Диазепам

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

нестероидных противовоспалительных препаратов

препаратов эссенциальных фосфолипидов

антигистаминных препаратов

> препаратов глюкокортикостероидов

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ НА ДОЦИРРОТИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПОЛНАЯ РЕМИССИЯ ДОСТИГАЕТСЯ У

всех пациентов вне зависимости от типа АИГ

> большинства пациентов

небольшого количества пациентов с АИГ 2 типа

небольшого количества пациентов с АИГ 1 типа

ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ

альфа2-глобулина и IgM

альфа1-глобулина и IgE

бета-глобулина и IgA

> гамма-глобулина и IgG

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

азатиоприна
преднизолон
циклофосфамид
> эссенциале

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ G-ГЛЮТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

гемохроматоза
> острого алкогольного гепатита
сахарного диабета
хронического персистирующего гепатита В

ТЯЖЕСТЬ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

Лилль
> MELD
Конна
Чайлда-Пью

ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАЮЩЕЕ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ В КРОВИ

аланинаминотрансферазы
лактатдегидрогеназы
алкогольдегидрогеназы
> гамма-глутамилтранспептидазы

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

наличие очагов гиалина (телец Мэллори)
наличие купферовских клеток
> наличие очагов некроза
расширение желчных капилляров

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО АКТИВНОГО ГЕПАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

гепатопротекторы
реаферон
> глюкокортикоиды
эссенциальные фосфолипиды

ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

урсодезоксихолевую кислоту
преднизолон
метотрексат
> интерферон

ПРИ ОСТРОМ АЛКОГОЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

азатиоприна

> преднизолона
урсодезоксихолевой кислоты
α-интерферона

ДЛЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРЕН

агранулоцитоз
лимфоцитоз
тромбоцитоз
> нейтрофилез

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ СНИЖЕНИЯ

> альбумина
альфа1-глобулина
гамма-глобулина
бета-глобулина

ДИАГНОЗ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ» СТАВИТСЯ ПРИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОР- НЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

1
9
> 6
3

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

пантопразол 40 мг/сут или рабепразол 20 мг/сут в течение 8 недель
рибаверин по 600 мг 2 раза/сут и интерферон альфа-2а 3-6 млн. единиц 3 раза/нед в те-
чение 3 месяцев
адеметионин 800 мг/сут в/в или препарат урсодезоксихолевой кислоты 10-15 мг/сут в те-
чение 4-х недель
> преднизолон 40 мг/сут или метилпреднизолон 32 мг/сут в течение 4-х недель

ПРЕВЫШЕНИЕ СРЕДНЕГО ОБЪЕМА ЭРИТРОЦИТОВ И ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРА- ЦИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ «А» В КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

аутоиммунного гепатита
болезни Вильсона
первичного билиарного цирроза
> алкогольного гепатита

ГИПЕРГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

первичного билиарного цирроза
болезни Вильсона
> аутоиммунного гепатита
алкогольного гепатита

АСЦИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

задержки ионов натрия в циркулирующей крови
портальной гипертензии
> гипоальбуминемии
гипербилирубинемии

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

хронических вирусных гепатитов В и С

> острого алкогольного гепатита

хронического панкреатита

язвенной болезни желудка

ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

исследование уровня трансфераз

исследование уровня билирубина

> гистологическое исследование пунктата печени

магнитно-резонансная томография

К ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

> аутоиммунный гепатит

опухоли печени

муковисцидоз

болезнь Вильсона

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

желчнокаменная болезнь

мочекаменная болезнь

> дискинезия желчевыводящих путей

холецистит

В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА ОДНИМ ИЗ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

интерферон альфа

адефовира дипивоксил

> преднизолон

ламивудин

ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ОБЛАДАЕТ

антиоксиданты

> пентоксифиллин

урсодезоксихолевая кислота

пропилтиоурацил

ОСОБЕННОСТЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

формирование хронических форм заболевания

> преобладание скрытых форм заболевания

способность вирусов к канцерогенезу

вовлечение в процесс молодых людей

МЕТОДОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ВИРУСОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ГЕПАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ

электронная микроскопия

выделение в культуре клеток

> серологическая и молекулярная диагностика

дифференциальный анализ клинических проявлений инфекции

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

длительной сохранности возбудителя в объектах внешней среды

> широкой распространенности в популяции и высокой инфекционности вирусов, вызывающих гепатит

высокой контагиозности при реализации воздушно-капельного пути передачи

способности вирусов, вызывающих гепатит, инфицировать широкий спектр видов животных

ГЕПАТИТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

> энтеровирус

вирус кори

вирус краснухи

вирус эпидемического паротита

ГЕПАТИТ, С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ, МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

> вирус Эпштейна-Барр

стрептококк

вирус эпидемического паротита

вирус кори

ДЛЯ ВСЕХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЩИМ, ПО ЧАСТОТЕ И ВЫРАЖЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

диспепсии

коагулопатии

интоксикации

> холестаза

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

> TTV

НСV

HBV

HEV

БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ ПОКАЗАНА ДИЕТА С

> общим полноценным рационом

преобладанием углеводов

преобладанием белков

преобладанием железа

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

ламивудин

триамцинолон

> преднизолон

циклоsporин

ПРИ РЕНТГЕНОНЕГАТИВНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ
ультразвуковое исследование, компьютерная томография, фиброэзофагоскопия
магнитно-резонансную томография, контрастная рентгенография пищевода, фиброэзофагоскопия

> обзорная рентгенография пищевода, контрастная рентгенография пищевода, фиброэзофагоскопия
фиброэзофагоскопия, контрастная рентгенография пищевода, ультразвуковое исследование

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРЯМОГО И НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

> хронического гепатита
наследственного сфероцитоза
синдрома Жильбера
опухоли поджелудочной железы

ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

> регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода
рентгенологического исследования пищевода с барием
спектрофотометрии рефлюксата
измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды

СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА ВЫРАЖЕН В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПРИ

> активном гепатите
циррозе и раке печени
синдроме Жильбера
желчно-каменной болезни

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВИРУСНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

ткани печени иммуногистохимическим методом
ультразвуковое органов брюшной полости
АЛТ, АСТ, билирубина, белковых фракций, щелочной фосфатазы
> маркеров вирусов гепатита

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ПЕРВОСТЕПЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДАЕТСЯ

обзорной рентгенографии грудной клетки
лапароскопии
эндоскопическому методу
> рентген-контрастному исследованию кишечника

ПРИ ПЕРКУССИИ ЖИВОТА НАД ЗОНОЙ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ЗВУК

притупленно-тимпанический
> тупой
коробочный
тимпанический

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЭГДС ОТНОСЯТ

дивертикул пищевода

кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта

варикозное расширение вен пищевода

> острый бронхообструктивный синдром

ЭЗОФАГОСПАЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> дисфагией непостоянной, болями за грудиной

изжогой

регургитацией

тошнотой

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЮТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

АЛТ

АЛТ и АСТ

> гамма-ГТ и щелочной фосфатазы

АСТ

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

спленомегалия

гепатомегалия

> кожный зуд

асцит

НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЕТ

> повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина

повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы

снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена

увеличение амилазы, общего белка, креатинина

НАЛИЧИЕ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ: СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ЖКТ, ДИАРЕЯ УКАЗЫВАЕТ НА

язвенную болезнь с локализацией в желудке

язвенный колит

> синдром Золлингера-Эллисона

хронический панкреатит

ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВОЗМОЖНОГО ПОЯВЛЕНИЯ РВОТЫ, УМЕНЬШЕНИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЕРЕД КОМПЬЮТЕРНЫМ ТОМОГРАФИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО

ИСКЛЮЧЕНИЕ ПИЩИ ЗА _ ДО ИССЛЕДОВАНИЯ (МИНИМАЛЬНОЕ ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ)

6-8 часов

30 минут

> 2-3 часа

1 час

ДО ПРОВЕДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО УРЕАЗНОГО ТЕСТА СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ПРИЕМ АНТИБИОТИКОВ ЗА

2 недели

> 4 недели

3 дня
7 дней

ПАЦИЕНТУ, У КОТОРОГО ВПЕРВЫЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ВЫЯВЛЕНО ОБРАЗОВАНИЕ ПОХОЖЕЕ НА КИСТУ И ГЕ-МАНГИОМУ, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ и органов грудной полости с внутривенным контрастированием с предварительно перорально принятым контрастным веществом и органов грудной полости без внутривенного контрастирования > с внутривенным контрастированием

ДО ПРОВЕДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО УРЕАЗНОГО ТЕСТА СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИЕМ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ЗА

4 недели
> 2 недели
7 дней
3 дня

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МР-ХОЛАНГИОГРАФИИ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩИ ПОКА-ЗАНО ЗА ДО ИССЛЕДОВАНИЯ

2-3 часа
30 минут
> 6-8 часов
60 минут

ПИЩЕВОДНЫЙ КЛИРЕНС ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

> активной перистальтикой пищевода
попаданием на стенки пищевода содержимого желудка
переменной положения тела
достаточным кровотоком в пищеводе

ДО ПРОВЕДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО УРЕАЗНОГО ТЕСТА СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ВИСМУТА ЗА

7 дней
> 4 недели
2 недели
3 дня

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ВОДОРОДНЫЙ ТЕСТ С ПОМОЩЬЮ ГАЗОАНАЛИЗАТОРА ПОЗВО-ЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

> избыточный микробный рост в тонкой кишке
моторику тонкой кишки
наличие протозойной инвазии
наличие воспалительных процессов

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ PH ПИЩЕВОДА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
выраженность эзофагита
наличие эрозивного эзофагита
> наличие желудочно-пищеводного рефлюкса

АМИЛОРЕЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕМ В КАЛЕ

кусочков непереваренной пищи

жирных кислот

> крахмала

нейтрального жира

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ТЕСТОМ, ОТРАЖАЮЩИМ СОСТОЯНИЕ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

определение трипсина, липазы в сыворотке крови

D-ксилозный тест

> определение концентрация эластазы-1 в кале

определение амилазо-креатининового коэффициента

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ PH ПИЩЕВОДА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

наличие эрозивного эзофагита

> частоту и время заброса содержимого желудка в пищевод

выраженность эзофагита

наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

ЗУД ПРИ ЖЕЛТУХЕ СВЯЗАН С

билирубином

> солями желчных кислот

лецитином

фосфолипидами

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ, ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТЕРКОБИЛИНА В КАЛЕ У БОЛЬНОГО С ЖЕЛТУХОЙ ЗАСТАВЛЯЕТ ДУМАТЬ О

> гемолитической желтухе

внутрипеченочном холестаза

внепеченочном холестаза

сепсисе

ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗАХ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

повышенная активность сывороточных трансаминаз

> увеличение в крови неконъюгированного билирубина

билирубинурия

повышенная активность щелочной фосфатазы

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ, ВЫСОКОЕ СОДЕРЖАНИЕ УРОБИЛИНОГЕНА В КАЛЕ У БОЛЬНОГО С ЖЕЛТУХОЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

> гемолитической желтухи

внутрипеченочного холестаза

внепеченочного холестаза

сепсиса

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

> эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

дуоденальное зондирование

пероральная холангиография
внутривенная холангиография

ВЕДУЩИМИ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЛИТЕЛЬНО СОХРАНЯЮЩЕЕСЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ И

ретикулоцитоз
> кожный зуд
оранжевый оттенок кожи
отсутствие билирубина в моче

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЗУДА КОЖИ ПРИ ЖЕЛТУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ

билирубина
щелочной фосфатазы
> солей желчных кислот
аспартатаминотрансферазы

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы
> гиперретикулоцитоз
снижение в крови неконъюгированного билирубина
повышение в крови трансаминаз

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

билирубинурия
> увеличение в крови неконъюгированного билирубина
снижение количества ретикулоцитов в крови
повышение уровня щелочной фосфатазы

ПРИ СИНДРОМЕ ДАБИНА-ДЖОНСОНА ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ

ретикулоцитов
> конъюгированного билирубина
щелочной фосфатазы
гаммаглутамилтранспептидазы

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ _ КАЛ И _ МОЧА

тёмный; обесцвеченная
обесцвеченный; обесцвеченная
> белый; тёмная
чёрный; тёмная

К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОТНОСЯТСЯ

синдром Бадда-Киари, острый вирусный гепатит В, синдром Криглера-Найяра
синдром Минковского-Шоффара, рак печёночного изгиба ободочной кишки, хронический миелолейкоз
> рак большого дуоденального сосочка, холедохолитиаз, рак головки поджелудочной железы
гепатоцеллюлярный рак, синдром Казабаха-Мерритта, синдром Жильбера

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХАРАКТЕРНО РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ

аспарагиновой трансаминазы

> щелочной фосфатазы

гамма-глутамилтрансферазы

лактатдегидрогеназы

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ

фиброгастродуоденоскопии

> УЗИ печени и внутripечёчных желчных протоков

мультиспиральной компьютерной томографии живота

позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии живота

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ В КРОВИ

конъюгированного билирубина

аланинаминотрансферазы

аспартатаминотрансферазы

> неконъюгированного билирубина

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

хронического панкреатита

> дискинезии желчного пузыря

аутоиммунного гастрита

хронического холецистита

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

рака головки поджелудочной железы

хронического панкреатита

язвы двенадцатиперстной кишки

> хронического холецистита

ПРИ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ПОКАЗАНО

амбулаторное лечение с временным освобождением от работы на 3 недели

> оперативное лечение

санаторно-курортное лечение

направление во ВТЭК для определения группы инвалидности

МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ЛИТОТРИПСИЮ ПРИ ХОЛЕСТЕРИНОВОМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ КИСЛОТОЙ

> урсодезоксихолевой

гликохолевой

литохолевой

хенодеоксихолевой

СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

холецистография

дуоденальное зондирование

> УЗИ органов брюшной полости

рентгеноскопия желудка

К ПУЗЫРНОМУ ОТНОСЯТ СИМПТОМ

Мейо-Робсона

> Ортнера

Поргеса

Образцова

ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯТ ИЗ

мочевой кислоты

> холестерина

оксалатов

солей желчных кислот

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ ПАТОГНОМОТИЧЕН ДЛЯ

> холецистита

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

панкреатита

гастрита

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА (ПЕРВОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ

> урсодезоксихолевая кислота

аминометилбензойная кислота

аминодигидрофталазиндион натрия

протеинсукциниллат железа

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА ЯВЛЯЕТСЯ

компьютерная томография

дуоденоскопия

> дуоденальное зондирование

рентгеновское исследование

СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МЕРФИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ

(больной вскрикивает от боли) при поверхностной пальпации живота

> (пациент вскрикивает от боли) при введении пальцев под реберную дугу на вдохе или при кашле

при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге

при нажатии пальцами с последующим высвобождением брюшной стенки в любой точке живота

ПО СОСТАВУ КАМНИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ЧАЩЕ

черные пигментные

> холестериновые

коричневые пигментные

содержащие билирубинат кальция

К ПРИЧИНАМ ПЕРВИЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ

воспаление желчного пузыря

> снижение чувствительности рецепторов желчевыводящих путей

гормональные нарушения в щитовидной железе
камни в желчном пузыре

ПРИ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ НАБЛЮДАЮТ

> приступообразные боли в правом подреберье
длительную лихорадку
постоянную диарею
выраженный метеоризм

МЕТОДОМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

холангиография с внутривенным контрастированием
> УЗИ печени и желчных путей
обзорная рентгенография органов брюшной полости
холецистография с пероральным контрастированием

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЕТСЯ

> употребление кофе
удлиненная и извитая шейка желчного пузыря
спазм сфинктера Одди
малоподвижный образ жизни

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ МОЖЕТ БЫТЬ

гипотиреоз
жировая дистрофия печени
беременность
> невроз

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ МОЖЕТ БЫТЬ

прием контрацептивных препаратов
> стрессовая ситуация
наличие сахарного диабета
наличие хронического панкреатита

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ПЕРВИЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

продолжительного болевого синдрома после приема пищи
лихорадки
> кратковременного болевого синдрома на фоне стресса
мышечного напряжения в правом подреберье при пальпации

МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

обзорная рентгенография органов брюшной полости
> УЗИ желчного пузыря
радиоизотопное сканирование
магнитно-резонансная холангиопанкреатография

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

цирроз печени
рак поджелудочной железы
> камни в желчных путях
хронический панкреатит

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПАТОЛОГИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИН-
ФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

магнитно-резонансная томография брюшной полости
компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием
ультразвуковое исследование желчевыводящих путей
> МР-холангиография

ПРИ СНИЖЕНИИ ХОЛАТО-ХОЛЕСТЕРИНОВОГО КОЭФФИЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ
СКЛОННОСТЬ К

хроническому холангиту
> калькулезному холециститу
бактериальному холециститу
хроническому гепатиту

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА
ЯВЛЯЕТСЯ

злоупотребление алкоголем
цитомегаловирусная инфекция
> желчнокаменная болезнь с признаками рецидивирующей обструкции
лекарственный гепатит

ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ УЛЬТРАСОНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
язвенной болезни желудка

хронического гепатита
болезни Крона
> патологии общего желчного протока

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТЮБАЖИ ПОКАЗАНЫ ПРИ
полипах желчного пузыря

наличии холестериновых камней в желчном пузыре
склерозе желчного пузыря
> гипомоторной дискинезии

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЖЕЛЧЕГОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ

> в периоде ремиссии
при сопутствующем дуодените
при метеоризме
при сопутствующем папиллите

ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕ-
НИЕ

ингибиторов протонной помпы
блокаторов гистаминовых рецепторов
гиполипидемических препаратов
> антибиотиков

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ

стерильную пищу
> асептические условия
чистоту полов
проветривание помещений

ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ПРОВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

> регулярные анализы крови
ежедневный осмотр гематолога
профилактическое назначение антибиотиков
регулярные анализы мочи

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИЧЕСКОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

преднизолон, антисептики и колониестимулирующий фактор
антибиотики, преднизолон и колониестимулирующий фактор
преднизолон, антисептики и цитостатики
> антибиотики, антисептики и колониестимулирующий фактор

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ

гиперстенурии
макрогематурии
> протеинурии
лейкоцитурии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ

интерферон альфа
> леналидомид
интерферон бета
колониестимулирующий фактор

К ГРУППЕ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ

> сидероахрестическая
апластическая
В12-дефицитная
микросфероцитарная

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ

обеспечить асептические условия
исключить работы с физической нагрузкой
обеспечить минимальный уровень физической нагрузки
> обеспечить адекватный режим труда и отдыха

БОЛЬНЫЕ В РЕМИССИИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ДОЛЖНЫ

питаться с применением гипоаллергенных диет
избегать массовых скоплений людей
исключить физические нагрузки, занятия спортом
> иметь нормальный режим труда и отдыха

ПРИ СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРОТИВОПОКАЗАН витамин С

дефероксамин
> железа (III) гидроксид полимальтозат
десферал

ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО
УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ

> парапротеина
гамма-глобулина
альбумина
альфа-глобулина

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПЕРСОНАЛ ДОЛ-
ЖЕН

> переодеваться при входе в палату
протирать свои руки и лицо раствором антисептика
мыть руки трижды перед входом в палату
носить исключительно одноразовое стерильное белье

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ ПРИМЕНЯЮТ
колониестимулирующий фактор

интерферон бета
> бортезамид
колхицин

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КОСТНОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО СИДЕРОАХРЕСТИЧЕСКОЙ
АНЕМИЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

мегалобластический тип кроветворения
наличие большого количества миелобластов
уменьшение содержания всех форменных элементов
> увеличение содержания сидеробластов

ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ АУТОИММУН-
НОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

дефицит плазменных факторов свертывания
активация тканевого тромбопластина
образование патологических иммунных комплексов
> выработка аутоантитромбоцитарных антител

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ ВОЗНИ-
КАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

развития ацидоза
отравления угарным газом
> нарушения миелинизации
злоупотребления алкоголем

АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПЕРХРОМНОЙ ПРИ ЗНАЧЕНИИ MCH _ ПГ

29,0
31,1
25,6
> 36,8

БОЛЬНОМУ С ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ

гемотрансфузии
препараты железа
> витамин В12
фолиевую кислоту

НОРМОХРОМНОЙ МОЖНО СЧИТАТЬ АНЕМИЮ ПРИ СРЕДНЕМ СОДЕРЖАНИИ ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТЕ (МСН) (В ПГ)

больше 35
> 27-31
меньше 27
31-35

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИТОСТАТИКАМИ НЕОБХОДИМ КОНТРОЛЬ

> лейкоцитов крови
свертываемости
скорости оседания эритроцитов
мочевины, креатинина

ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

появление периферических отеков
> наличие болей в костях
увеличение селезенки
увеличение лимфоузлов

ДЛЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ В МИЕЛОГРАММЕ

> плазматических клеток
тромбоцитарного ростка
миелоцитарного ростка
эритроцитарного ростка

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГАПТЕНОВОГО АГРАНУЛОЦИТОЗА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> абсолютная нейтропения
панцитопения
ретикулоцитопения
тромбоцитопения

АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМОХРОМНОЙ, ЕСЛИ МСН _ ПГ

20,2
35,5
> 29,0
36,8

К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНЕ ГЛУБОКОЙ ГИПЕРХРОМНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ

злоупотребление табаком
кровопотери
цирроз печени
> алкоголизм и недоедание

АНЕМИИ АДДИСОНА-БИРМЕРА СООТВЕТСТВУЕТ ХАРАКТЕРИСТИКА

гипохромная микроцитарная
гипохромная макроцитарная
> гиперхромная макроцитарная
гиперхромная микроцитарная

ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЭРИТРОПОЭЗА ПРИ МАКРОЦИТАРНЫХ АНЕМИЯХ ПРИМЕНЯЮТ

никотинамид
> фолиевую кислоту
липоевую кислоту
пиридоксин

К ГРУППЕ ГИПОХРОМНЫХ ОТНОСИТСЯ АНЕМИЯ

апластическая
> сидероахрестическая
микросфероцитарная
В12-дефицитная

АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ГИПОХРОМНОЙ ПРИ ЗНАЧЕНИИ MCH _ ПГ

> 24,2
29,0
30,8
32,8

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ КРОВЬ ПРИ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ

лимфоцитов
эритроцитов
> нейтрофилов
моноцитов

ПРОТЕИНУРИЯ ПРИ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ первичного поражения базальной мембраны клубочков при данном заболевании
синтеза миеломными клетками тяжелых цепей иммуноглобулинов
> синтеза миеломными клетками легких цепей иммуноглобулинов
гиперпротеинемии

СРЕДИ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЭНЗИМОПАТИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ДЕФИЦИТ

пируваткиназы
гексокиназы
> глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
альдолазы

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ АНЕМИИ

апластической
гиперхромной
железодефицитной
> гемолитической

РАЗВИТИЕ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПОСЛЕ ПРИЕМА АСПИРИНА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

дефицита ферментов в гранулоцитах

- > иммунного лизиса клеток гранулоцитарного роста
- цитостатического действия на клетку-предшественницу приема больших доз препарата

ПРИСУТСТВИЕ В МАЗКЕ КРОВИ ГИГАНТСКИХ ТРОМБОЦИТОВ УКАЗЫВАЕТ НА ТРОМБОЦИТОПАТИЮ

Германского-Пудлака

Гланцманна

аутоиммунную

- > Мея-Хегглина

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АГРАНУЛОЦИТОЗ ОСЛОЖНЯЕТСЯ

кровотечениями

- > инфекционно-воспалительными заболеваниями

тромбозом сосудов

анемией

КОФАКТОРОМ ГЕПАРИНА ЯВЛЯЕТСЯ ЕСТЕСТВЕННЫЙ АНТИКОАГУЛЯНТ

протеин С

- > антитромбин III

тканевой активатор

протеин S

ОСТЕОЛИТИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

снижения продукции кальцитонина щитовидной железой

- > продукции миеломными клетками фактора, активирующего остеокласты

снижения активности эстрогенов или андрогенов

продукции миеломными клетками парапротеина

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ ГИПЕРХРОМНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

кровопотеря

курение

цирроз печени

- > хронический гастрит

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЭРИТРОЦИТОЗА, ЗАМЕДЛЕНИЯ СОЭ (МЕНЕЕ 2 ММ/ЧАС), ПОВЫШЕННОМ УРОВНЕ ЭРИТРОПОЭТИНА СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

истинной полицитемии

криоглобулинемии

- > вторичном эритроцитозе

талассемии

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОЦИТОПАТИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОТСУТСТВИЕМ АЛЬФА-ГРАНУЛ ТРОМБОЦИТОВ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

- > синдрома серых тромбоцитов

тромбоцитопатии с отсутствием коллаген-агрегации тромбоцитов

аномалии Мея-Хегглина

синдрома Вискотта-Олдрича

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ВАЛЬДЕНСТРЕМА ОТ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

нормохромная анемия

> синтез опухолевыми клетками IgM

наличие синдрома повышенной вязкости

значительное увеличение СОЭ

ВОПРОС О ПРИМЕНЕНИИ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ МОЖНО СТАВИТЬ ПРИ УРОВНЕ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ

$200 \times 10^9 / \text{л}$

$150 \times 10^9 / \text{л}$

$100 \times 10^9 / \text{л}$

> $20 \times 10^9 / \text{л}$

ПОРФИРИЯ ВЫЗЫВАЕТСЯ

дефицитом ферментов эритроцитов

> дефектом синтеза гема

дефектом мембраны эритроцитов

выработкой антиэритроцитарных антител

ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПОЭЗА ЯВЛЯЕТСЯ

железодефицитная анемия

> применение цитостатиков

дефект структуры Пб/Ша рецепторов тромбоцитов

гиперкоагуляция

ИММУННЫЕ ИНГИБИТОРЫ VIII ФАКТОРА ЯВЛЯЮТСЯ ПО СВОЕЙ ПРИРОДЕ

адгезивными молекулами

> иммуноглобулинами

гаптенами

иммунными комплексами

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

портальная гипертензия

> демиелинизация нервных волокон

остеопороз

альбинизм

ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ, ЗАСТАВЛЯЮЩИМ БОЛЬНОГО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ, ЯВЛЯЕТСЯ

кожный зуд

заикание

> розовое окрашивание мочи

фимоз

ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

амилоидоза

общей интоксикации

> снижения уровня нормальных иммуноглобулинов
развития нейтропении

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ОТНОСЯТ
СИНДРОМ

плеторический
> остеодеструктивный
лимфопролиферативный
сидеропенический

ИЗМЕНЕНИЕ ПРОТРОМБИНОВОГО ИНДЕКСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ИЗМЕНЕ-
НИИ

> синтеза факторов II, VII, X, V в печени
фибринолитической активности
уровня антитромбина III
уровня протеина C

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЕМОГЛОБИНА 80 Г/Л И УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА РЕТИКУЛОЦИ-
ТОВ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

анемии при хронической почечной недостаточности
> постгеморрагической анемии
апластической анемии
острой лейкемии

АНЕМИЮ СЛЕДУЕТ НАЗВАТЬ ГИПЕРХРОМНОЙ ПРИ ЦВЕТНОМ ПОКАЗАТЕЛЕ

0,9
> 1,2
0,8
1,0

ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА И ШЕЙНО-НАДКЛЮЧИЧНОЙ ЛИМ-
ФАДЕНОПАТИИ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ

болезнь Крона
болезнь Виллебранда
> лимфопролиферативное заболевание
гемофилию

ДЕСТРУКЦИЯ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ

талассемии
истинной полицитемии
> множественной миеломе
апластической анемии

ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ХАРАКТЕРНО

гипокалиемия
гипокальциемия
лимфоцитоз
> выявление M-градиента

БОЛЬНОМУ С ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

витамины B, C
гемотрансфузии

препараты железа
> витамин В12 внутримышечно

ДЛЯ ТОРМОЖЕНИЯ ФИБРИНОЛИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
> контрикал
аспирин
фраксипарин
компламин

ПРИ ГЕМОДЕПРЕССИИ ЛЕЙКОПОЭЗ СТИМУЛИРУЕТ
витамин В12
преднизолон
витамин В6
> Г-КСФ

ПАЦИЕНТАМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ, КОТОРЫМ ПЛАНИРУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АУТО-ТКМ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО ОТВЕТА, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ СХЕМОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
VD
> PAD
CVP
MPV

ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ФАКТОРА VIII ИСПОЛЬЗУЮТ
агемфин
бебулин
фактонин
> октанат

ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЮТСЯ
ЭПО-миметики
> эритропоэтины (альфа, бета, дельта, омега)
ингибиторы транскриптазы
ингибиторы пролилгидроксилазы

ОБИНУТУЗУМАБ ЯВЛЯЕТСЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫМ АНТИТЕЛОМ ПРОТИВ АНТИГЕНА
CD3
CD23
CD19
> CD20

В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫМ МИЕЛОФИБРОЗОМ, ИМЕЮЩИХ МУТАЦИЮ В ГЕНЕ JAK-2, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ
дазатиниб
> руксолитиниб
ибругиниб
иматиниб

У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕПАРАТ

адреналин
эпсилон-аминокапроновую кислоту
> Вилате
аспирин

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЙТРОПЕНИИ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
трансфузия донорских лейкоцитов
введение иммуноглобулина
> введение колониестимулирующих факторов (Г-КСФ)
терапия глюкокортикостероидами

ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ
СИНТЕЗА ПОРФИРИНОВ, ЛЕЧИТСЯ
фолиевой кислотой
витамином В12
> витамином В6
препаратами железа

ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ФАКТОРА IX ИСПОЛЬЗУЮТ
профилат
> имунин
гемофил
криобулин

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ
тошноту и рвоту
> артериальную гипертензию
лихорадочный синдром
тромбоцитопению

ВНУТРИВЕННАЯ УРОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ
эритремии
апластической анемии
железодефицитной анемии
> миеломе Бенс-Джонса

АХЛОРГИДРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
> пернициозной анемии
язвенной болезни желудка
эозинофильного гастрита
лимфоцитарного гастрита

ДЕЛЬТА-АМИНОЛЕВУЛИНОВАЯ КИСЛОТА В МОЧЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ
вирусном гепатите
остром холангите
амилоидозе печени
> острой перемежающейся порфирии

АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ
коллагенозах
> медикаментозной терапии
метастазах в костный мозг

сепсисе

СОПУТСТВУЮЩИМ СИМПТОМОМ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ПРИ ПЕРНИЦИОЗНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гиперацидный гастрит
- атрофический гастрит
- снижение сывороточного железа в крови
- > фуникулярный миелоз

ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- хронического гломерулонефрита
- рака паренхимы почек
- хронического пиелонефрита
- > множественной миеломы

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО В СОСТОЯНИИ АГРАНУЛОЦИТОЗА ПЕРСОНАЛ ДОЛЖЕН

- мыть полы и стены палаты ежедневно
- включать приточно-вытяжную вентиляцию каждые 2-3 часа
- после каждого входа в палату персонала включать ультрафиолетовый облучатель
- > обеспечить больному асептические условия пребывания

ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- > гиперхромия эритроцитов
- микроцитоз эритроцитов
- лейкоцитоз
- тромбоцитопения

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ПОРФИРИЯ» С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ

- гипохромию эритроцитов
- > положительную качественную пробу на порфобилиноген
- пониженное содержание δ-аминолевулиновой кислоты
- положительную пробу Хема

АКТИВНАЯ ФОРМА ЛЕКАРСТВА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ВЫЗЫВАЕТ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- изменения структуры мембраны эритроцитов
- > нарушений в системе гликолиза
- нарушений в системе глобина
- нарушений в системе порфиринов

БОЛЕЗНЬ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА НАСЛЕДУЕТСЯ

- аутосомно
- > аутосомно-доминантно
- доминантно сцеплено с полом
- рецессивно

К ПЕРВЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПОРФИРИИ ОТНОСЯТ

- вялые парезы в ногах
- > боли в животе

вялые парезы в руках
боли в кистях и стопах

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ У РОЖЕНИЦЫ С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРЕДУСМОТРЕТЬ ПЕРЕЛИВАНИЕ

тромбоцитарной массы и свежезамороженной плазмы
нативной плазмы

> эритроцитарной и тромбоцитарной массы
эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы

РЕТИКУЛОЦИТОПЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АНЕМИИ

гемолитической
железодефицитной

> апластической
острой постгеморрагической

К НОРМОХРОМНЫМ АНЕМИЯМ ОТНОСИТСЯ

железодефицитная
фолиево-дефицитная
> апластическая
витамин В12-дефицитная

ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ

железодефицитной анемии

> апластической анемии
гемофилии
болезни Виллебранда

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> панцитопенией
гипохромией эритроцитов
анизо-пойкилоцитозом
макроцитозом эритроцитов

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

гипохромия эритроцитов
анизо-пойкилоцитоз
> панцитопения
макроцитоз эритроцитов

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

стерильная пункция
положительная проба Кумбса
> трепанобиопсия
повышенная осмотическая стойкость эритроцитов

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

биопсия лимфоузла
биопсия селезенки
клинический анализ крови в динамике

> стеральная пункция

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВЫЯВЛЯЕТ ретикулоцитоз

повышение печеночных трансаминаз

низкий уровень сывороточного железа

> панцитопению в периферической крови

В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЛЕЖИТ

снижение продукции фактора, стимулирующего стволовую клетку

снижение продукции колониестимулирующего фактора гранулоцитов

> дефект стволовой клетки

уменьшение количества гемопоэтических клеток предшественников в костном мозге

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

высокая лихорадка

спленомегалия

> панцитопения

гипохромная анемия

ЛЕЙКОПЕНИЯ С ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ЛИМФОЦИТОЗОМ И АБСОЛЮТНОЙ НЕЙТРОПЕНИЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

остром лейкозе

лимфогранулематозе

хроническом лейкозе

> апластической анемии

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ОТНОСИТСЯ

тромбоз

ринит

> агранулоцитоз

сыпь на коже

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТ

выраженные миалгии, оссалгии

чередование поносов и запоров

> постоянные лихорадку и потливость

некупируемые тошноту и рвоту

ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА И ЛИМФОАДЕНОПАТИИ У ПАЦИЕНТА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

болезнь Виллебранда

гемофилию

болезнь Крона

> лимфогранулематоз

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ПРИВОДИТ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ НЕ МЕНЕЕ, ЧЕМ _ % ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ

40-50

70-80

> 80-85

50-70

С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА МОЖЕТ БЫТЬ АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ

болезни Гоше

хронического миелолейкоза

> лимфомы Ходжкина

системного мастоцитоза

БАГРОВО-СИНЮШНАЯ ОКРАСКА ЛИЦА, УШЕЙ, ЛАДОНЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

> эритремии

геморрагического васкулита

множественной миеломы

лимфогрануломатоза

ФЕНОМЕН ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМО-
БЛАСТОЗА

миелофиброза при сублейкемическом миелозе

гиперурикемии при эритремии

аутоиммунной гемолитической анемии при хроническом лимфолейкозе

> бластного криза при хроническом миелолейкозе

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭРИТРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

отечно-асцитический синдром

> плеторический синдром

лейкоцитоз и ускорение СОЭ

тромбоцитоз при других нормальных показателях анализа крови

223 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭРИТРЕМИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

исследование гемостаза

общий анализ крови

> трепанобиопсия

стеральная пункция

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ

> эритремии

пневмосклерозе

тромбофилии

анемии

СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ИГРАЕТ

инфекция

стресс

> клеточный иммунодефицит

гуморальный иммунодефицит

СТЕРТЫЙ РИСУНОК ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

лимфаденопатии при люпоидном гепатите

> лимфомы

инфекционного мононуклеоза

инфекционного лимфаденита

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И СЕЛЕНКИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОБНАРУЖЕНИИ В НИХ клеток Гоше

эпителиоидных клеток
диффузной лимфоидной инфильтрации
> клеток Березовского-Штернберга

ЛИМФОМА БЕРКИТТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> транслокацией 8:22
транслокацией 1:19
инверсией 14
транслокацией 15:17

ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП

CD34+
CD15-, CD4+
> CD15+, CD30+
CD5+, CD10+

ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТА ОПУХОЛЕВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ВЫЯВЛЕНЫ КЛЕТКИ БЕРЕЗОВСКОГО-РИДА-ШТЕРНБЕРГА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

> лимфоме Ходжкина
центроцитарной лимфоме
тимоме
гистиоцитозе

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

> трепанобиопсия
биопсия увеличенного лимфоузла
стерильная пункция
анализ крови

НАИМЕНЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

лимфоидное преобладание
> лимфоидное истощение
смешанно-клеточный
нодулярный склероз

ВАРИАНТОМ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА, ПРИ КОТОРОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

лимфоидное преобладание
> нодулярный склероз
смешанно-клеточный
лимфоидное истощение

ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ЗРЕЛОКЛЕТОЧНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ЯВЛЯЕТСЯ

быстрая неконтролируемая пролиферация опухолевых клеток
аутокринная стимуляция ростовыми факторами
клональная селекция
> блокада апоптоза

К РЕШАЮЩИМ МЕТОДАМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОТНОСЯТ

УЗИ селезенки
> микроскопическое исследование лимфоидной ткани
исследование крови (гемограмма, биохимическое исследование)
компьютерную и ЯМР-томографии

ДЛЯ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ГЕМАТОСАРКОМАХ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА

«деревянная» плотность
> плотноэластическая консистенция
резкая болезненность
спаянность с кожей и между собой

ЖАЛОБЫ НА КОЖНЫЙ ЗУД И ЖЖЕНИЕ КОНЧИКОВ ПАЛЬЦЕВ ТИПИЧНЫ ДЛЯ

выраженной анемии
хронического миелолейкоза
> эритремии
острого лимфолейкоза

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ОСНОВАНА НА ОБНАРУЖЕНИИ

больших скоплений бластов
> клеток Березовского-Штернберга
клеток Гоше
клеток Ходжкина

ЗАМЕДЛЕНИЕ СОЭ (МЕНЕЕ 3 ММ/Ч) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

болезни Вальденстрема
талассемии
> эритремии
множественной миеломы

ПАРАПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ ГЕМОБЛАСТОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

выраженной лимфаденопатией
> секрецией моноклональных иммуноглобулинов
наличием филадельфийской хромосомы
высокой эозинофилией

БОЛЬНОМУ ГЕМОБЛАСТОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС, ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ЧАСТЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ЭКСТРАСИСТОЛАМИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТ

цитозар
циклофосфан
> рубомицин
винкристин

В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

стероидные гормоны и антибиотики

> цитостатики и таргетные биологические препараты

антибиотики и антикоагулянты

антикоагулянты и антиагреганты

ПРИ ЭРИТРЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИЕМЫ КЛАССИЧЕСКОГО МАССАЖА: ПОГЛАЖИВАНИЕ, РАСТИРАНИЕ И

поколачивание

глубокое разминание

> непрерывную точечную вибрацию

рубление

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ (БОЛЕЗНИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

> спленэктомия

ферротерапия

цианкобаламин

гормонотерапия

ВО ВРЕМЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

назначение антибиотиков

> назначение стероидов

переливание свежезамороженной плазмы

проведение плазмафереза

РЕТИКУЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АНЕМИИ

фолиеводефицитной

В12-дефицитной

железodefицитной

> гемолитической

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРОВОДИТСЯ

1000 мкг витамина В12 1 раз в год

> ежемесячно по 500 мкг витамина В12

ежедневно по 500 мкг витамина В12

1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода

НЕУСТОЙЧИВАЯ ПОХОДКА, ПАРЕСТЕЗИИ ПРИ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

> фуникулярного миелоза

гипоксического синдрома

эндартериита нижних конечностей

алкогольной энцефалопатии

ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

хронического лейкоза

миелофиброза

> полицитемии

острого лейкоза

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
железодефицитной анемии
> острой тромбоцитопенической пурпуре
эритремии
гемолитической анемии

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
гемолитической анемии
эссенциальной тромбоцитемии
> остром лейкозе
эритремии

ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
острого лейкоза
> истинной полицитемии
В12-дефицитной анемии
хронического лимфолейкоза

ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
острого лейкоза
железодефицитной анемии
гемолитической анемии
> эссенциальной тромбоцитемии
ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
гемофилии В
болезни Виллебранда I типа
тромбастении Гланцмана
> терминальной стадии первичного миелофиброза

ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ
> эритремии
В12-дефицитной анемии
хронического лимфолейкоза
острого лейкоза

ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СО-
СУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ
острого лейкоза
миелофиброза
> полицитемии
хронического лейкоза

УВЕЛИЧЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
дефиците железа в организме
> истинной полицитемии и вторичном эритроцитозе
гипергидратации
В12-дефицитной анемии

ВИШНЕВО-СИНЮШНАЯ ОКРАСКА КОЖИ ЛИЦА, УШЕЙ, ЛАДОНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
> истинной полицитемии

геморрагического васкулита
множественной миеломы
болезни Гоше

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ДИАГНОСТИКЕ

анемии
тромбофилии
> истинной полицитемии
пароксизмальной ночной гемоглобинурии

ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭРИТРОЦИТОЗА ОТ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

степень увеличения гемоглобина
> снижение рО₂ крови
повышение вязкости крови
выраженность плеторического синдрома

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

дефицит тромбомодулина
иммунокомплексный синдром
> появление аутоантител к тромбоцитам
наследственный дефицит С-3b-субкомпонента комплимента

ДЛЯ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ХАРАКТЕРНА МУТАЦИЯ

транслокация 8; 22
> JAK2 V617F
делеция 17p
транслокация 9; 22

УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

системной гипоксии
увеличения эритропоэтина
снижения эритропоэтина
> опухолевой пролиферации

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

> тромбоцитопения неиммунного характера
гемофилия А
гемофилия В
аутоиммунная тромбоцитопения без кровотечения

ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 60 ЛЕТ ПРИ НАЛИЧИИ АБСОЛЮТНЫХ ПОКАЗАНИЙ К ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ В РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ

гидроксимочевину
> альфа-интерферон
алкеран
миелосан

ПЕРЕЛИВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ РЕДКО ПРОВОДЯТ БОЛЬНЫМ С ИММУННЫМИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯМИ В СВЯЗИ С неблагоприятным влиянием на плазменный гемостаз
> разрушением введенных тромбоцитов
повышением агрегационной способности тромбоцитов
склеиванием донорских тромбоцитов с тромбоцитами больного

ПРОВЕДЕНИЕ СПЛЕНЭКТОМИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПРИ миелодиспластическом синдроме
болезни Маркиафавы-Микели
начальной стадии эритремии
> иммунной тромбоцитопенической пурпуре

ТРОМБОЦИТОЗ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ применении антиагрегантов
> эритремии
применении антикоагулянтов
амилоидозе

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕАКТИВНОГО ТРОМБОЦИТОЗА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
> бактериальная или вирусная инфекция
хроническая гипоксия
злоупотребление алкоголем
электротравма

В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИСУТСТВУЮТ
> плазмаферез и свежзамороженная плазма
антикоагулянты, антифибринолитики
антиагреганты и активаторы фибринолиза
антикоагулянты и активаторы фибринолиза

МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
проведение плазмафереза в объеме 1л эксфузии
Ю переливание достаточных объемов свежзамороженной плазмы
назначение препаратов фактор протромбинового комплекса
введение не менее 1 л теплой донорской крови

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
> ДВС-синдроме
гемолитической анемии
эссенциальной тромбоцитемии
железодефицитной анемии

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТРАВМЫ, ОБШИРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
геморрагического васкулита
гемолитической анемии
> ДВС-синдрома

болезни Рандю-Ослера

ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТЕРАПИЮ ДВС-СИНДРОМА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- переливания свежей донорской крови
- > проведения плазмафереза в объеме 1л эксфузии
- введения фибринолитиков
- наложения жгута на пораженную конечность

ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- > блокада микроциркуляции
- повреждение тромбином лизосомных мембран
- торможение тканевого дыхания продуктами деградации фибриногена
- повреждение тромбином плазматических мембран жизненно важных органов

ПРИЧИНОЙ ДВС-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- тромбоцитопатия
- снижение продукции плазминогена
- > попадание в кровоток активаторов фибринообразования
- гиперпродукция простациклина

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ ФУНКЦИЯ

- костного мозга
- желудка
- кишечника
- > почек

ДВС-СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ _ % ОЦК

- > 40
- 20
- 10
- 5

КЛИНИЧЕСКИЙ И БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗЫ КРОВИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ, КАК ПРАВИЛО, ОТРАЖАЮТ

- увеличение трансаминаз
- интенсивное воспаление
- > нормальные показатели
- гипохромную анемию

ГЛИКИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН ОБОЗНАЧАЮТ

- Hb_f
- HbF
- Hb02
- > HbA1c

ЛЕЙКОЦИТОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОТРАЖЕНИЕМ

- > острого инфаркта миокарда
- нестабильной стенокардии
- стенокардии покоя
- приступа фибрилляции предсердий

ФЕНОМЕН УСКОРЕНИЯ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ОБУСЛОВЛЕН

> снижением заряда мембраны эритроцитов из-за окружения ее патологическими белками дислипидемией, обусловленной воспалением
появлением белковых «мостиков» между клетками
нарушением электролитного баланса крови с повышением заряда мембраны эритроцитов

УМЕНЬШЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

увеличение вязкости крови
болезней обмена веществ
> увеличения концентрации эритроцитов в крови
снижения концентрации эритроцитов в крови

ДЛЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТИПИЧНО УВЕЛИЧЕНИЕ В КРОВИ

лимфоцитов
нейтрофилов
> эозинофилов
моноцитов

ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ _ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР

макроструктуру
топографо-анатомические взаимоотношения
> микроструктуру
и макроструктуру, и топографо-анатомические взаимоотношения

К ОБЩИМ ПРАВИЛАМ ВЗЯТИЯ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ ДЛЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ИС- СЛЕДОВАНИЙ ОТНОСЯТ

взятие крови сухой иглой
создание в вене минимального стаза
> взятие крови натошак
взятие крови только в шприц

ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

переливания несовместимой крови
хронического пиелонефрита
> гиперспленизма
травмы живота

ЛЕЙКОПЕНИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

хронического лимфолейкоза
миеломной болезни
острого панкреатита
> хронического гепатита

КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

билирубина
> трансаминазы
щелочной фосфатазы
холестерина

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СТЕРИЛЬНОЙ ПУНКЦИИ СЛЕДУЕТ
оставить больного под наблюдением медицинского персонала
наложить на место прокола давящую повязку
> наклеить стерильную повязку на место прокола
положить на место прокола пузырь со льдом

ПОЙКИЛОЦИТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕМ _ ЭРИТРОЦИТОВ
окраски
структуры
диаметра
> формы

ДЛЯ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ХАРАКТЕРНО
снижение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина
снижение щелочной фосфатазы и ГГТП
> повышение щелочной фосфатазы и ГГТП
повышение лактатдегидрогеназы и непрямого билирубина

ПРИ ПОВЫШЕНИИ БИЛИРУБИНА, ТИПИЧНОМ ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА,
НАДО ИСКЛЮЧИТЬ
хроническую алкогольную интоксикацию
> гемолитическую анемию
острый вирусный гепатит А
инфекционный мононуклеоз

АНИЗОХРОМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕМ _ ЭРИТРОЦИТОВ
> окраски
структуры
формы
диаметра

К КАРДИОСПЕЦИФИЧНЫМ ИЗОФЕРМЕНТАМ ОТНОСЯТ
аспарагиновую трансаминазу
миоглобин
> фракцию МВ креатинфосфокиназы
лактатдегидрогеназу

СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
> бактериальной инфекции
физического перенапряжения
глистной инвазии
вирусной инфекции

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВА-
НИЯ КРОВОТОК ОТ ДАТЧИКА ПРИНЯТО КАРТИРОВАТЬ _
ЦВЕТОМ
красным
зеленым
> синим
фиолетовым

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В РЕЖИМЕ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО СКАНИРОВАНИЯ КРОВОТОК К ДАТЧИКУ ПРИНЯТО КАРТИРОВАТЬ

ЦВЕТОМ

фиолетовым

синим

> красным

зеленым

МИНИМАЛЬНЫЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ В УСЛОВИЯХ ВОСЕМНАДЦАТИЧАСОВОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ

> 1025

1020

1010

1018

ОБЩИЙ БЕЛОК СЫВОРОТКИ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ В НОРМЕ (Г/Л)

60-70

40-50

50-60

> 65-85

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

наблюдение за прикрепленным контингентом

сохранение здоровья пациентов конкретного лечебно-профилактического учреждения

> раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития

оказание специализированной медицинской помощи

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН ПРИЗНАКОВ

временной утраты трудоспособности

стойкой утраты трудоспособности

несоответствия выполняемой профессиональной нагрузки и возможностей организма

> онкологических заболеваний

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ В _ ЭТАПА (ЭТАПОВ)

три

шесть

> два

четыре

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НО ТРЕБУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ИНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, А ТАКЖЕ ГРАЖДАНЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НУЖДАЮЩИЕСЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

III А

I

II

> III Б

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ГРАЖДАН ДОСТУПНА В ВОЗРАСТЕ ОТ
18 лет
18 до 35 лет
36 до 65 лет
> 21 до 99 лет, которым в данном году исполняется число лет, нацело делящееся на 3

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ
для всего населения
в федеральных медицинских центрах по направлению
в стационарах по направлению
> с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза

ПОРЯДКОМ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОС-
ЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ
> раннее выявление ХНИЗ и основных факторов риска их развития, профилактическое
консультирование и определение группы диспансерного наблюдения
ежегодное проведение диспансеризации
диспансерное наблюдение у врача-терапевта участкового пациентов с нарушениями ли-
пидного обмена
диспансерное наблюдение пациентов с низким и средним риском развития ХНИЗ

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ
НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАН-
СЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИЛИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ
ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ГРАЖ-
ДАНЕ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), НУЖ-
ДАЮЩИЕСЯ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ
ЗДОРОВЬЯ

II
> III А
I
III Б

В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ДИСПАНСЕРИЗА-
ЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ В _ ЭТАП/ЭТАПА
> два
три
один
четыре

В ОБЪЕМ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
ВКЛЮЧЕНЫ МЕРОПРИЯТИЯ СКРИНИНГА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ
заболеваний нервной системы
заболеваний желудочно-кишечного тракта
заболеваний опорно-двигательного аппарата
> онкологических заболеваний наиболее частой локализации

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИС-
ПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ГРАЖДАН УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ГРУППА ЗДОРОВЬЯ, КОЛИ-
ЧЕСТВО КОТОРЫХ РАВНО

6
>3
4
5

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации
прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра
прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации
> выполнение медицинских исследований, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ
низкий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE
> ожирение и/или гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более
подозрение на наличие хронических неинфекционных заболеваний
средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НАГРАЖДЕННЫХ ЗНАКОМ «ЖИТЕЛЮ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА» И ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОВОДИТСЯ

один раз в 2 года
> ежегодно
один раз в 3 года
один раз в полгода

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации
> составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на текущий год
прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации
прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ
подозрение на наличие хронических неинфекционных заболеваний
средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE
> статус злостного курильщика (курящие более 20 сигарет в день)
низкий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЫВШИХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ УЗНИКОВ КОНЦЛАГЕРЕЙ В ПЕРИОД ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ, ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОВОДИТСЯ

один раз в 2 года
один раз в 3 года
> ежегодно
один раз в полгода

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ВОВ И ИНВАЛИДОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПРОВОДИТСЯ

один раз в 3 года

> ежегодно

один раз в полгода

один раз в 2 года

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К I ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ

высокий или очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

выявленный риск потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача

> низкий или средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

подозрение на наличие хронических неинфекционных заболеваний

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра

прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации

прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации

> инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

оказания неотложной помощи

раннего выявления профессиональной патологии

> определения групп здоровья и выработки рекомендаций для граждан

проведения экспертизы трудоспособности

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

антропометрия

расчет индекса массы тела

выполнение общего анализа крови

> анкетирование

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К IIIa ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ

выявленный риск потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача

ожирение и/или гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более
низкий или средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

> хронические неинфекционные заболевания или подозрения на наличие этих заболеваний

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ

> основных хронических неинфекционных
желудочно-кишечного тракта
опорно-двигательного аппарата
нервной системы

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

> формирование пакета учетно-отчетных документов
прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра
прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации
прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

расчет индекса массы тела
выполнение общего анализа крови
> прием врача по медицинской профилактике
антропометрия

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С

суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском от 1% до 5%
суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском менее 1%
выявленной отягощенной наследственностью
> высоким относительным сердечно-сосудистым риском

ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ, ОБСЛУЖИВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

> главный врач медицинской организации
врач общей практики (семейный врач)
заместитель главного врача
врач-терапевт участковый

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

> проведение анкетирования граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию
прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации
прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра
прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИХ

исследование здоровья матери и ребенка
> профилактический медицинский осмотр и дополнительное обследование
проведение экспертизы трудоспособности

оказание неотложной помощи

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ

> выявленный риск пагубного потребления алкоголя
подозрение на наличие хронических неинфекционных заболеваний
средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE
низкий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

выполнение общего анализа крови
антропометрия
расчет индекса массы тела
> скрининг на раннее выявление онкологии

ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

> прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра, первого и второго этапов диспансеризации
формирование пакета учетно-отчетных документов по профилактическому медицинскому осмотру
составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на текущий год
инструктаж граждан, прибывших на профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию

ЗАДАЧЕЙ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

выполнение медицинских исследований, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации
формирование пакета учетно-отчетных документов по профилактическому медицинскому осмотру и диспансеризации
составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на текущий год
> информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском от 1% до 5%

> выявленной патологией сердечно-сосудистой системы
выявленной отягощенной наследственностью
суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском менее 1%

ЗАДАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (КАБИНЕТА, ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ) ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

прием и осмотр граждан по результатам профилактического медицинского осмотра

прием и осмотр граждан по результатам первого этапа диспансеризации
> информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции
прием и осмотр граждан по результатам второго этапа диспансеризации

ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

наличием хронической патологии
> возрастом и половой принадлежностью гражданина
наличием отягощенной наследственности
наличием факторов риска

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН

> группы здоровья и группы диспансерного наблюдения
заболеваний нервной системы
заболеваний опорно-двигательного аппарата
заболеваний желудочно-кишечного тракта

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С

суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском от 1% до 5%
суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском менее 1%
выявленной отягощенной наследственностью
> выявленным риском пагубного потребления алкоголя

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КО II ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ГРАЖДАНЕ, ИМЕЮЩИЕ ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

> высокий или очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE
низкий абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE
средний абсолютный сердечно-сосудистый риск, определенный по шкале SCORE

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН

заболеваний желудочно-кишечного тракта
> факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний
заболеваний опорно-двигательного аппарата
заболеваний нервной системы

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЛЯ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 39 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ

ежегодно
один раз в полгода
> один раз в 3 года
один раз в 2 года

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН С
суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском менее 1%

суммарным абсолютным сердечно-сосудистым риском от 1% до 5%
выявленной отягощенной наследственностью
> высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (СКРИНИНГ) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ГРАЖДАН

заболеваний нервной системы
заболеваний опорно-двигательного аппарата
заболеваний желудочно-кишечного тракта
> показаний к проведению дополнительных обследований

СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ТЕСНО СВЯЗАН С ШИРОКИМ ВНЕДРЕНИЕМ МЕР

третичной профилактики
> первичной профилактики
вторичной профилактики
оказания неотложной помощи

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

проведения экспертизы трудоспособности
> определения групп здоровья и групп диспансерного наблюдения граждан
оказания неотложной помощи
раннего выявления профессиональной патологии

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРОВЕДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

40-55
18-39
> 65 и старше
56-64

В ОБЪЕМЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРОВОДИТСЯ _ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

углубленное индивидуальное
> краткое индивидуальное
углубленное групповое
мотивационное

К МЕДИЦИНСКИМ ОСМОТРАМ, ПРОВОДИМЫМ НА ДОБРОВОЛЬНОЙ ОСНОВЕ, ОТНОСЯТСЯ

предварительные и периодические
предрейсовые и послерейсовые
> диспансеризация и диспансерное наблюдение
предсменные и послесменные

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ У МУЖЧИН, В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ С (Пороговое значение) _ лет

35
55

> 45

65

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ
участников боевых действий
> лиц в возрасте до 18 лет
пенсионеров по возрасту
инвалидов по общему заболеванию

МАММОГРАФИЮ ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ДВУХ ПРОЕКЦИЯХ С ДВОЙНЫМ
ПРОЧТЕНИЕМ РЕНТГЕНОГРАММ У ЖЕНЩИН С 40 ДО 64 ЛЕТ, В КАЧЕСТВЕ СКРИ-
НИНГА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИС-
ПАНСЕРИЗАЦИИ, НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ 1 РАЗ В

> 2 года

год

3 года

4 года

ВЗЯТИЕ МАЗКА С ШЕЙКИ МАТКИ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У
ЖЕНЩИН С 18 ДО 39 ЛЕТ В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕ-
СКОГО ОСМОТРА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО ОСУ-
ЩЕСТВЛЯТЬ 1 РАЗ В

> 3 года

2 года

4 года

год

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ В ВОЗРАСТЕ С 40 ДО 64 ЛЕТ, В КА-
ЧЕСТВЕ СКРИНИНГА В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА НА ПЕРВОМ
ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ 1 РАЗ В

3 года

год

4 года

> 2 года

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕ-
СКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЖЕНЩИ-
НАМ С 18 ДО 39 ЛЕТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

> взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование

исследование кала на скрытую кровь

маммографию

ультразвуковое исследование органов брюшной полости

НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕ-
СКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЖЕНЩИ-
НАМ С 18 ДО 39 ЛЕТ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

ультразвуковое исследование молочных желез

ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря

маммографию

> пальпацию щитовидной железы

ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 39 ЛЕТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

1 раз в 2 года
1 раз в 4 года
> 1 раз в 3 года
ежегодно

В ОБЪЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ВКЛЮЧЕНЫ: АНКЕТИРОВАНИЕ, ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ, оценка антропометрических данных по массо-ростовым таблицам, определения уровня глюкозы в крови натощак

оценка антропометрических данных по массо-ростовым таблицам, определения уровня общего холестерина в крови и его фракций
расчет на основании антропометрии индекса массы тела, определения уровня общего холестерина в крови и его фракций, определения уровня глюкозы в крови натощак и с нагрузкой

> расчет на основании антропометрии индекса массы тела, определения уровня общего холестерина в крови, определения уровня глюкозы в крови натощак

ДЛЯ МУЖЧИН ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА-ХИРУРГА ИЛИ ВРАЧА-УРОЛОГА ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ БОЛЕЕ (ПОРОГОВОГО ЗНАЧЕНИЯ) НГ/МЛ

5
3
> 4
2

ПАЦИЕНТ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ 9 ММОЛЬ/Л, НЕ ИМЕЮЩИЙ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДОЛЖЕН БЫТЬ ОТНЕСЕН К _ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

> II
II
IIIб
IIIа

В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ФЛЮОРОГРАФИИ ЛЕГКИХ ИЛИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ

1 раз в год
> 1 раз в 2 года
ежегодно
1 раз в 3 года

11 В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРВОМ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДАЛЕЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ _ ЛЕТ И СТАРШЕ _ В ГОД

35; 1 раз
45; 2 раза
> 40; 1 раз
65; 2 раза

В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ВКЛЮЧАЮТ ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ В ПОКОЕ ПРИ ПЕРВОМ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА, ДАЛЕЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ _ ЛЕТ И СТАРШЕ _ В ГОД

65; 2 раза

> 35; 1 раз

45; 2 раза

40; 1 раз

ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

1 раз в 3 года

> ежегодно

1 раз в 4 года

1 раз в 2 года

К ЧЕТВЕРТОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

подозрением на рак

раком, подлежащим лечению

> запущенными формами рака

раком, подвергшимся радикальному лечению

К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

> раком, подвергшимся радикальному лечению

подозрением на рак

предраковым заболеванием

запущенными формами рака

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ЯВЛЯЕТСЯ

оказание специализированной медицинской помощи

> оценка здоровья пациента на момент обследования

наблюдение за прикрепленным контингентом

сохранение здоровья пациентов конкретной медицинской организацией

КО ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

запущенными формами рака

подозрением на рак

> раком, подлежащим лечению

предраковым заболеванием

ПОКАЗАТЕЛЕМ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ

длительно за счет ее перепрофилирования

в период ее финансирования

сразу после ее завершения

> спустя годы после ее завершения

КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

10

3

> 5

ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ НА Т-НЕЗАВИСИМЫЕ АНТИГЕНЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

Т-хелперов
макрофагов
> В-лимфоцитов
Т-киллеров

ПОЛИПОТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ МОЖНО ИССЛЕДОВАТЬ МЕТОДОМ

фенотипирования
микроскопии мазка лейкоконцентрата
микроскопии мазка костного мозга
> культивирования в агаре

АНТИТЕЛЬНУЮ СПЕЦИФИЧНОСТЬ МОЛЕКУЛЫ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОПРЕДЕЛЯЕТ

константный район - С
j фрагмент Fc
j фрагмент Fab
> переменный район - V

НОРМАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ

моноклональным
поли- и моноклональным
диконональным
> поликлональным

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПРЕОДОЛЕНИЯ АУТОИММУННОЙ АГРЕССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> иммунодепрессия
иммуностимуляция
трансплантация СКК
плазмаферез

КЛОНАЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ЛИМФОЦИТОВ ВЫРАЖАЕТСЯ В

локализации в разных участках лимфатической системы организма
> специфичности рецепторов, расположенных на поверхности разных клеток
морфологических отличиях клеток разных клонов
способности образовывать «розетки» с эритроцитами барана

АНТИТЕЛО МОЖЕТ РАЗРУШИТЬ КЛЕТОЧНЫЙ АНТИГЕН

в присутствии лизоцима
> если происходит активация комплемента
в присутствии интерферонов
в присутствии фибронектина

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПЛАЦДАРМОМ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

макрофаги
плазмциты
> В-лимфоциты
Т-лимфоциты

СИСТЕМУ КОМПЛЕМЕНТА СПОСОБНЫ АКТИВИРОВАТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ-АНТИТЕЛА КЛАССОВ

А и G

> G и M

D и M

А и E

СИНТЕЗИРОВАТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ МОГУТ

гранулоциты

тромбоциты

> В-лимфоциты

T-лимфоциты

ТИМУС У НОВОРОЖДЕННОГО ОБЛАДАЕТ ФУНКЦИЕЙ

В-лимфопоэза

антителогенеза

секвестрации клеток крови

> T-лимфопоэза

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПЛАЦДАРМОМ СПЕЦИФИЧЕСКОГО КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ

плазмоциты

В-лимфоциты

> T-лимфоциты

макрофаги

ГРАНУЛОЦИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ В

> костном мозге

печени

селезенке

лимфатических узлах

СРЕДСТВОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

> глюкозо-электролитная смесь

квартасоль

физиологический раствор

глюкозо-поляризирующая смесь

ИНТОКСИКАЦИЯ ПРЕПАРАТАМИ ДИГОКСИНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

> тошнотой и рвотой

угнетением сознания

болью в сердце

кровотечением

ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМОВ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

дыхание Куссмауля

дыхание Чейн-Стокса

дисфункция кишечника

> анорексия, тошнота, рвота

СРЕДСТВОМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

волемкор
цитраглюкосолан
> трисоль
реополиглюкин

ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

острые боли в правом подреберье, желтуха
> разлитые боли в животе, диарея
боли в правой подвздошной области, длительная лихорадка
спастические боли в левой подвздошной области, тенезмы

К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

стул по типу «малинового желе»
тенезмы, ложные позывы
> тошноту, рвоту
скудный стул с примесью крови и слизи

ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

энтероколитический
гастроэнтероколитический
> гастроэнтеритический
колитический

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СВИНЦОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ

количество сахара в моче
данные ЭКГ
> уровень дельта-аминолевулиновой кислоты в моче
картину глазного дна

ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ УРЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

антикоагулянт прямого действия
глюкокортикостероид
> леспенефрил
петлевой диуретик

ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

> боли в эпигастрии, тошнота, рвота
постоянные боли в правой подвздошной области
боли в правом подреберье, лихорадка
тенезмы, ложные позывы

ПРИЧИНОЙ БЫТОВОГО СВИНЦОВОГО ОТРАВЛЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

использование охотничьей дробы
употребление в пищу продуктов, зараженных радионуклидами

> использование свинцовых белил
использование глазированной посуды

ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ АНЕМИИ ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СЛУЖИТ

высокий ретикулоцитоз
шизоцитоз эритроцитов
гиперхромия эритроцитов
> базофильная пунктация эритроцитов

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

почечная колика
кровь в кале
> серая кайма на деснах
желтуха

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ АНЕМИИ, СВЯЗАННОЙ СО СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

гиперсегментация нейтрофилов
появление телец Жолли
гипохромия эритроцитов
> базофильная зернистость эритроцитов

К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ КЛОНИДИНОМ (КЛОФЕЛИНОМ), ОТНОСЯТ

сухость во рту, понос, боли в животе, запах ацетона изо рта
гипертензию, тахикардию, гиперсаливацию, гиперемия лица
> гипотонию, брадикардию, миоз, угнетение сознания, гипотермию
тахикардию, профузное потоотделение, психомоторное возбуждение

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СНОВТОРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

> угнетение дыхательного центра
бронхоррея
аспирация рвотных масс
бронхоспазм

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТРАВЛЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ЯДОВИТЫМ ВЕЩЕСТВОМ, ПОСТУПИВШИМ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ, ЕСЛИ ПОСТРАДАВШИЙ В СОЗНАНИИ, НЕОБХОДИМО

предложить пострадавшему выпить молока для нейтрализации ядовитого вещества
> предложить пострадавшему выпить несколько стаканов воды и вызвать рвоту
вызвать скорую медицинскую помощь, не предпринимая никаких действий до ее приезда
выполнить промывание желудка раствором соды с помощью зонда

К СТИГМАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ ОТНОСИТСЯ

> увеличение околоушных слюнных желез
утолщение концевых фаланг пальцев
образование ксантом и ксантелазм
расширение кава-кавальных анастомозов

К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ СВИНЦОВОЙ КОЛИКИ ОТНОСЯТ

гипотонию

выделение мочи красного цвета

> боли в животе схваткообразного характера, гипертензию, запор
гипергидроз, потливость

ТОКСИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ (ПО БИОХИМИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ КРОВИ) ПРИ ОТРАВЛЕНИИ РТУТЬЮ ВСЛЕДСТВИЕ ВТИРАНИЯ РТУТНОЙ МАЗИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ _ В КРОВИ СОДЕРЖАНИЯ МОЧЕВИНЫ, _ СОДЕРЖАНИЯ КРЕАТИНИНА, _ ПЛОТНОСТИ МОЧИ И _ ЕЕ СУТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА.

уменьшением, повышением, сохранением, уменьшением

> повышением, повышением, уменьшением, уменьшением

повышением, повышением, повышением, уменьшением

уменьшением, уменьшением, уменьшением, повышением

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

рассеянный склероз

хорея Гентингтона

синдром миелита

> полинейропатия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МУТАЦИИ ГЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

курение

алкоголизм

нервно-психический фактор

> радиация

В ЛЕГКИХ СЛУЧАЯХ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ

комплексонов, фиточая, желчегонных

> диеты, минеральной воды, санаторно-курортного лечения

сирепара, антибиотиков, бальнеотерапии

стероидных гормонов, витаминов, ферментов

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

специфической детоксикации и спазмолитической терапии

> энтеросорбентов и регидратационной терапии

иммуностимулирующей и антибактериальной терапии

иммуностимулирующей и противовирусной терапии

ТЕРАПИЕЙ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

антибактериальная

глюкокортикостероидная

противирусная

> симптоматическая

ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ СЫПЬ

скудная розеолезная, на бледном фоне кожи с 8-9 дня болезни

- > обильная полиморфная зудящая макуло-папуло-везикулезная появляющаяся на 1-2 день болезни
- обильная, неправильной формы, геморрагическая, с некротическим компонентом, на неизменном цвете кожи с первого дня заболевания
- обильная мелкоточечная на гиперемизированном фоне кожи с 1-го дня болезни

ОБРАЗЦЫ КАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОФОЗОИТОВ ПРОСТЕЙШИХ СЛЕДУЕТ ИССЛЕДОВАТЬ ПОСЛЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 6 часов
- > 30 минут
- 3 часов
- 24 часов

К ПРОСТЕЙШИМ, НЕ ОБРАЗУЮЩИМ ЦИСТ, ОТНОСЯТ

- Entamoeba coli
- Balantidium coli
- > Trichomonas vaginalis
- Giardia lamblia

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- канамицин
- > трихопол
- левомицетин
- невиграмон

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР ВКЛЮЧАЕТ ПЕРЕЧЕНЬ ЛИЦ

- > проживающих на определенной территории, у которых выявлено определенное заболевание
- состоящих на учете по поводу определенного заболевания
- проживающих на определенной территории, привитых от определенного инфекционного заболевания
- обратившихся в поликлинику по поводу вирусной инфекции в течение года

ВОЗБУДИТЕЛЕМ С ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМ ПАРАЗИТИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- пневмококк
- клебсиелла
- стафилококк
- > микоплазма

ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ МОКРОТЫ ВОЗБУДИТЕЛЯ _ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КОНТАМИНАЦИИ МАТЕРИАЛА

- > staphylococcus epidermidis
- escherichia coli
- chlamidia pneumoniae
- streptococcus pneumoniae

ЕСЛИ КОНСИСТЕНЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ МЯГКАЯ, А УВЕЛИЧЕНИЕ ЕЕ УМЕРЕННОЕ, ТО ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ

- болезни Кули
- болезни Гоше
- лимфомы Ходжкина
- > сепсиса

ИЗБЫТОК ЖЕЛЕЗА ПРИ АНЕМИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА ФОРМИРУЕТСЯ В

> макрофагах костного мозга
сыворотке крови
костной ткани
эритроцитах

К ПРИЧИНАМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО НЕОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА ОТНОСЯТ

абсцессы печени
> вирус Эпштейна-Барр
туберкулез
лимфогранулематоз

К ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ЛИХОРАДКАМ, ВОЗБУДИТЕЛИ КОТОРЫХ ПЕРЕДАЮТСЯ КОМАРАМИ, ОТНОСЯТ

киассанурскую лесную болезнь
лихорадки Эбола, Марбург
> желтую лихорадку Денге, лихорадку долины Рифт
конго-крымскую и омскую лихорадки

ДИАГНОЗ «КЛЕЩЕВОЙ ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ» СЧИТАЕТСЯ ЛАБОРАТОРНО ПОДТВЕРЖДЕННЫМ, ЕСЛИ

> в сыворотке пациента выявлены антитела к вирусу клещевого энцефалита класса IgM
в клеще, снятым с человека, у которого в дальнейшем не было отмечено каких-либо клинических проявлений заболевания, выявлен вирус клещевого энцефалита
в парных сыворотках пациента отмечается 2-х кратное увеличение титров противовирусных антител класса IgL
в сыворотке пациента выявлены антитела к вирусу клещевого энцефалита класса IgL

ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

тяжелые и летальные случаи регистрируются только на Дальнем Востоке и Урале
высокий процент вакцинированных в группе риска заражения
> группой риска является все население эндемичной территории
практически не отмечается заболеваемость среди детей младше 6 лет

ОСОБЕННОСТЬЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ЗАБОЛЕВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕНО В

Юго-Восточной Азии
Южной Азии
> Западной Сибири
Восточной Сибири

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА КРЫМСКО-КОНГОЛЕЗСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

> контакт с кровью больного человека
фекально-оральный
воздушно-капельный
трансмиссивный через укусы комаров

ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
фекально-оральный
> трансмиссивный
трансфузионный
половой

К СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХО-
РАДКИ ОТНОСЯТ
аллергические реакции, гиповолемический шок
> острое начало с температурой 39-40°C и болями в пояснице
поражение суставов, транзиторные лихорадки
острое начало с температурой 37°C и болями в горле

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТА С АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕК-
ЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
наличие отрицательных вирусологических анализов
наличие контрольных серологических исследований
срок не ранее 10 дня болезни
> полное клиническое выздоровление

В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
> симптоматическая терапия
введение лечебной сыворотки
введение иммуноглобулина
иммуноглобулин человека нормальный

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
> 5-14 дней
3 месяца
3 недели
1 месяц

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
ИСПОЛЬЗУЮТ
иодиол
мазь индовазан
> сульфацил натрия 20%
антибиотики цефалоспоринового ряда

В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД
бактериологический
реакции агглютинации-лизиса
> иммунофлюоресцентный

ДЛЯ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ХАРАКТЕРНА _ СЫПЬ
зудящая везикулярная
пустулезная
> пятнисто-папулезная
полиморфная геморрагическая

ПЯТНИСТАЯ И ПЕТЕХИАЛЬНАЯ СЫПЬ, БЫСТРО ПЕРЕХОДЯЩАЯ В ПУРПУРУ, ХА-
РАКТЕРНА ДЛЯ _ ИНФЕКЦИИ

Эпштейна-Барр вирусной
> менингококковой
аденовирусной
ВИЧ

ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА,
выраженная боль в мышцах, мышечная дистония
появление сыпи, увеличение затылочных лимфатических узлов
боль в горле, появление налета на миндалинах, гипертрофия миндалин
> головная боль, рвота

НА ОСНОВАНИИ СП 3.1.3542-18 «ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ» ДОПУСК В ДОШКОЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ
через 5 дней после окончания курса антибактериальной терапии
через 12 дней после клинического выздоровления
> после полного клинического выздоровления
сразу после окончания курса антибактериальной терапии

ПРИ УГРОЗЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПОДЛЕЖАТ УЧАЩИЕСЯ 3-11 КЛАССОВ И ДЕТИ ДО _ ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
> 8
3
6
4

ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (ГФМИ) ИЛИ ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГФМИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ КАРАНТИН НА (В ДНЯХ)
21
14
10.
> 7

МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СВОЙСТВЕННА _ СЕЗОННОСТЬ
летне-осенняя
> зимне-весенняя
осенне-зимняя
весенне-летняя

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ 1 ДО _ ДНЕЙ
14
> 10
21
3

ГРУППАМИ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО (В ГОДАХ)

3
1
2
> 5

В ГРУППЕ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НАХОДЯТСЯ ЛИЦА

> перенесшие кохлеарную имплантацию
перенесшие инфекционный мононуклеоз
перенесшие грипп
с артериальной гипертензией

НА ОСНОВАНИИ СП 3.1.3542-18 «ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ» ЛИЦАМ, ОБЩАВШИМСЯ С БОЛЬНЫМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, НЕ ИМЕЮЩИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В НОСОГЛОТКЕ, СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ ХИМИОПРОФИЛАКТИКУ ОДНИМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ

> рифампицином, цiproфлоксацином, ампициллином
рокситромицином, моксифлоксацином, пиперациллином
дждоамицином, левофлоксацином, амоксициллин/клавуланатом
спирамицином, ломефлоксацином, бензилпенициллином

ВОЗМОЖНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

> интерферон а2b (интраназально)
свежезамороженная иммунная плазма
интерферон-гамма (внутримышечно)
противогриппозный иммуноглобулин

СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

> вакцина
ламивудин
амантадин
иммуноглобулин

ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ

ремантадин
осельтамивир
> умифеновир
занамивир

ОТ ПЕРВОГО КОНТАКТА С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ДО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВОТОКА В ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ДОЛЖНО ПРОЙТИ НЕ БОЛЕЕ (ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ В МИНУТАХ)

30
> 120
180
60

УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

аневризме аорты
эмфиземе легких

ожирении
> стенозе устья аорты

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИЗИСУ ЯВЛЯЕТСЯ
ишемический инсульт любой давности
> предполагаемое расслоение аорты
острый коронарный синдром
артериальная гипертензия

ДЕПОЛЯРИЗАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В
правой части межжелудочковой перегородки
базальной части правого желудочка сердца
> базальном отделе левого желудочка
верхушке левого желудочка сердца

ДИЛАТАЦИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ОТСУТСТВИЕ ЕЕ РЕАКЦИИ НА ВДОХ В
ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ
инфаркта миокарда
фибрилляции предсердий
> тампонады сердца
тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)

ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ ОТСУТСТВИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПО-
НИМАЮТ
гипокинезию
гиперкинезию
> акинезию
дискинезию

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛЯ ПЕРЕД ПЕРВИЧНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕ-
ШАТЕЛЬСТВОМ (ЧКВ) СОСТАВЛЯЕТ (МГ)
75
150
300
> 600

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ ПРИ УЛЬ-
ТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
расширения нижней полой вены
> расширения внутривенных желчных протоков
увеличения печени
свободной жидкости в брюшной полости

ВЫРАЖЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО КРОВОТОКА ОТ
ФАЗ ДЫХАНИЯ В ПРИСУТСТВИИ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА МОЖЕТ
БЫТЬ ПРИЗНАКОМ
тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)
фибрилляции предсердий
инфаркта миокарда
> тампонады сердца

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ

васкулит
миокардиальный фиброз
> аневризма аорты
нарушение ритма и проводимости сердца

СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ИЗГНАНИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ
стенозе легочной артерии
функциональном шуме
> стенозе устья аорты
митральной недостаточности

ВЫСОКО СПЕЦИФИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ТАКАЯСУ ЯВЛЯЕТСЯ
ПОЯВЛЕНИЕ

приступообразного побледнения пальцев рук
атрофических изменений мышц верхнего плечевого пояса
приступообразных парестезий кистей рук
> pulsus differens на лучевых артериях

ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА УСТЬЯ АОРТЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЛЕ-
ВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

> увеличение градиента систолического давления между левым желудочком и путем от-
тока из левого желудочка
значительное увеличение давления в левом предсердии
отсутствие градиента систолического давления между левым желудочком и аортой
значительное увеличение давления в легочной артерии

ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ПРОИСХОДИТ

> повышение давления в левом желудочке
повышение давления в легочной артерии
повышение систолического и снижение диастолического давления
снижение давления в левом предсердии

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ОТНО-
СЯТ

диффузный миокардит
стабильную стенокардию
> гипертоническую болезнь
нарушение ритма сердца

ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

гипертонической болезни
дилатационной кардиомиопатии
гипертрофической кардиомиопатии
> тампонаде сердца

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАРАСТАЮЩЕЙ АНЕМИЕЙ ХАРАК-
ТЕРЕН ДЛЯ

стенокардии
> расслоения аневризмы аорты
тромбоэмболии легочной артерии
инфаркта миокарда

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРИ

- > расслаивающей аневризме аорты
- нарушении мозгового кровообращения
- гипертонической ангиопатии сетчатки глаза
- гипертонической энцефалопатии

АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РУКАХ, А ТАКЖЕ ПОВЫШЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- > Такаясу
- Конна
- Лериша
- Иценко-Кушинга

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ

- тяжести основного заболевания
- присутствия или отсутствия крови в жидкости
- количества выпота
- > быстроты появления выпота

МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХСН, СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 20
- > 10
- 40
- 15

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- пентамин
- клофелин
- > метопролол
- нифедипин

К АССОЦИИРОВАННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЯМ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТ

- скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10м/сек и лодыжечно-плечевой индекс < 0,9
- микроальбуминурию и соотношение альбумина к креатинину (30-300мг/г; 3,4-34 мг/ммоль)
- > ХБП с рСКФ < 30мл/мин/1,73 м² или протеинурию > 300 мг в сутки
- ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе

У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД < (В ММ РТ.СТ.)

- 130/85
- 125/80
- 130/80
- > 140/90

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИСТУПОМ СТЕНОКАРДИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

моксонидин
клофелин
> нитроглицерин
нифедипин

ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

> индапамид
верапамил
эналаприл
бисопролол

ОГРАНИЧИВАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТРИЯ В СУТКИ У ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЛЕДУЕТ ДО (В ГРАММАХ)

7-10
5-7
10-15
> 2-4

МАКСИМАЛЬНАЯ РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БИСОПРОЛОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АГ СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

15
40
10
> 20

ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИАПФ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение объема циркулирующей крови
снижение частоты сердечных сокращений
> профилактика ремоделирования сосудов
снижение сердечного выброса

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СЧИТАЮТСЯ

недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
тиазидные диуретики
> бета-адреноблокаторы
дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов

У МУЖЧИНЫ 78 ЛЕТ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АГ С НАЗНАЧЕНИЯ

гидрохлортиазида
карведилола
кандесартана
> доксазозина

ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТРАН ЕВРОПЫ «ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УРОВНЮ АД В ММ РТ.СТ.

> выше 140 и ниже 90
ниже 140 и выше 85
выше 140 и выше 90

выше 160 и выше 89

У БОЛЬНЫХ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА, ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АД МЕНЕЕ (В ММ РТ.СТ.)

> 140/90

125/80

130/85

130/80

НАЗНАЧЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ

коррекции повышенной частоты пульса у молодых здоровых людей

профилактики инсультов

начальной терапии при неосложненном течении АГ

> лечения АГ у больных с ИБС или ХСН

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АГ И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА (СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ, СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, АВ- БЛОКАДЫ) ЯВЛЯЕТСЯ

петлевой диуретик

тиазидный диуретик

альфа-блокатор

> дигидропиридиновый антагонист кальция

К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АГ ОТНОСЯТ

диуретики

неселективные β -адреноблокаторы

α -адреноблокаторы

> блокаторы рецепторов ангиотензина II

НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АГ ЯВЛЯЕТСЯ

ожирение

курение

> возраст

сахарный диабет

АД 160/90 ММ РТ.СТ. СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ

4

1

> 2

3

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

α -адреноблокаторы

препараты центрального действия

> β -адреноблокаторы

диуретики

НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

ингибиторов АПФ и антагонистов кальция
> α -адреноблокаторов и антагонистов кальция
антагонистов кальция и диуретиков
 β -адреноблокаторов и диуретиков

ТРЕТИЙ ТОН СЕРДЦА МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ

> в норме у детей и подростков
при недостаточности клапана легочной артерии
при выраженном митральном стенозе
при нерезко выраженной аортальной недостаточности

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЫПОТА В ПЕРИКАРД ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки
> эхокардиография
электрокардиография с дополнительными отведениями
перкуссия с определением границ сердца

У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА КЛАПАНАХ

> трехстворчатом
митральном
аортальном
легочной артерии

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ

толщина стенок левого желудочка
ударный объем левого желудочка
> индекс массы миокарда левого желудочка
размер полостей сердца

СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

парастернальный доступ
апикальная
> субкостальная
супрастернальный доступ

ВЫРАЖЕННАЯ АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

болезни и синдрома Иценко-Кушинга
дефекта межжелудочковой перегородки
выраженной коарктации грудного отдела аорты
> неспецифического аортоартериита

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

острый инфаркт миокарда в течение первых 2 месяцев
стеноз ствола левой коронарной артерии
гипертрофическая кардиомиопатия

> острый перикардит

СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NON-DIPPER ДИАГНОСТИРУЮТ, КОГДА АД В НОЧНЫЕ ЧАСЫ

снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями на 10-20% ниже, чем в дневные

выше, чем в дневные часы

> по сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%

МИТРАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> смещением вверх верхней границы и сглаживанием «тали» сердца

смещением влево левой границы с подчеркнутой «талией» сердца

смещением вправо правой границы

«треугольной формой сердца»

ИНДУКЦИЯ ГРУППОВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТА НА ПИКЕ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ

> диагностическим критерием ишемии миокарда

показанием к коронароангиографии.

критерием диагноза «подострый миокардит»

сомнительным результатом пробы на коронарную недостаточность

4 ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЦВЕТНОМ ДОППЛЕРОВСКОМ СКАНИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

двунаправленный сброс

отсутствие сброса

сброс справа налево

> сброс слева направо

ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОГО ТРЕДМИЛ-ТЕСТА НА ЭКРАНЕ МОНИТОРА ЗАРЕГИСТРИРОВАНА ТАХИКАРДИЯ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ, ПОЭТОМУ НЕОБХОДИМО

> прекратить исследование

сделать минутный перерыв с последующим возобновлением исследования

спросить о самочувствии пациента, при хорошем - продолжить исследование

уменьшить скорость тредмила

ПОД РЕГИОНАЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ СОКРАЩЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОНИМАЮТ

дискинезию

гиперкинезию

> гипокинезию

акинезию

УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

стенозе митрального клапана

легочной гипертензии

расширении полости левого желудочка

> расширении восходящей части аорты

СУТОЧНЫЙ РИТМ АД ТИПА NIGHT-PICKER ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В СЛУЧАЕ, КОГДА

АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные

АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%

> ночные значения АД выше, чем дневные

снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями

ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В М- И В-МОДАЛЬНОМ РЕЖИМЕ ВЫЯВЛЯЮТ

> дилатацию правых отделов сердца

дилатацию левого желудочка

уменьшение размеров правого предсердия

дилатацию левого предсердия

В ТАБЛИЦЕ SCORE ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОТСУТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ

возраста

общего холестерина

систолического АД

> глюкозы крови

I СТАНДАРТНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

нейтральным

> биполярным

усиленным

монополярным

ПРИЗНАКОМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОГЛАСНО ИНДЕКСУ СОКОЛОВА - ЛАЙОНА ЯВЛЯЕТСЯ

$RI > 11 \text{ мм}$

> $SV1 + RV5/V6 > 35 \text{ мм}$

$R/S < 1 \text{ в } V1$

$RI + S III > 25 \text{ м}$

СТАНДАРТНОЙ ПОЗИЦИЕЙ, ПРИ КОТОРОЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

супрастернальный доступ

парастернальный доступ

апикальная

> субкостальная

БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

> тромбоэмболии легочной артерии

острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

КРОВОХАРКАНЬЕ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

является абсолютным противопоказанием к применению гепарина

> не является противопоказанием к назначению гепарина

является показанием для кровоостанавливающей терапии

является относительным противопоказанием к назначению гепарина

ПРОДЛЕННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

известной тромбофилии

- > повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА
- вторичной легочной гипертензии
- острой венозной тромбоэмболии (ВТЭ)

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

- вены верхних конечностей
- верхнюю полую вену
- правое сердце
- > вены нижних конечностей

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВКИ ФИЛЬТРА В НИЖнюю ПОЛУЮ ВЕНУ ИЛИ ПЕРЕВЯЗКИ ЕЕ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- > наличие противопоказаний для лечения антикоагулянтами
- антифосфолипидный синдром
- высокое содержание протромбина
- повторная тромбоэмболия на фоне неадекватной терапии антикоагулянтами

К САМОМУ ХАРАКТЕРНОМУ СИМПТОМУ ТЭЛА ОТНОСЯТ

- > внезапную одышку без ортопноэ
- кратковременную потерю сознания
- боль в нижних отделах грудной клетке на вдохе
- внезапную одышку и наличие ортопноэ

ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

- сначала снижается, а затем становится нормальным
- понижается
- > резко возрастает
- остаётся нормальным

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОСТОЯНИЯМ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОТНОСЯТ

- > заболевания венозной системы
- тяжелые физические нагрузки
- гипертоническую болезнь
- острые вирусные инфекции

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРА ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ПРИ

- массивной ТЭЛА
- тромбозе глубоких вен
- > рецидивирующей ТЭЛА на фоне приема антикоагулянтов
- планируемом оперативном вмешательстве высокого риска

САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- > внезапная одышка

эпизод потери сознания
повторное кровохарканье
боль в левой половине грудной клетки

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

ЭКГ
рентгенологическое исследование
ЭХО-кардиография
> селективная ангиопульмонография

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

нитраты
> антагонисты кальция
бета-адреноблокаторы
ингибиторы АПФ

МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

ЭКГ
рентгенологическое исследование
> селективная ангиопульмонография
ЭХО-кардиография

УСИЛЕНИЕ ЗВУЧНОСТИ 2 ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

артериальной гипотензии
легочной гипотензии
артериальной гипертензии
> легочной гипертензии

ВНЕЗАПНОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

> тромбоэмболии легочной артерии
острого плеврита
острого перикардита
расслаивающейся аневризмы аорты

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ D-ДИМЕРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)
феохромцитомы
инфаркта миокарда
> тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)

НАЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТОМ ПОКАЗАНО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА

туберкулез легких
саркоидоз
> тромбоэмболию легочной артерии
эмфизему

ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

язвенная болезнь

пиелонефрит
дивертикулез кишечника
> синдром Пиквика

НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

сахарным диабетом
> заболеваниями вен
облитерирующим эндартериитом нижних конечностей
бронхиальной астмой

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТНОСЯТ

> инфаркт-пневмонию
участки уплощения плевры (плевральные тени)
подъем купола диафрагмы с ограничением ее подвижности на стороне поражения
коллапс легкого

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА ДРЕССЛЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ

лихорадки, кардиалгии, отеков нижних конечностей
плеврита, миокардита, асцита
бронхита, миокардита, лихорадки
> перикардита, плеврита, пневмонита

ПРИ РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НОРМАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ МВ КФК В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В СУТКАХ)

6-7
> 2-3
8-9
4-5

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БОКОВОЙ СТЕНКИ ЛЖ ХАРАКТЕРЕН ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST В ОТВЕДЕНИЯХ

I, aVL, V1-V4
VR3, VR4
> I, aVL, V5-V6
II, III, aVF

ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРИНЯТО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КЛАССИФИКАЦИЮ

> Killip
GOLD
NYHA
Стражеско-Василенко

РЕГИСТРИРОВАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГРУДНЫЕ ОТВЕДЕНИЯ V7-V9 И ДОРЗАЛЬНОЕ ОТВЕДЕНИЕ ПО НЭБУ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИ ИНФАРКТЕ

переднем
высоком боковом
правого желудочка

> заднебазальном

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ЧАЩЕ ВСЕГО СО-
ПРОВОЖДАЕТ ИНФАРКТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

задней

боковой

нижней

> передней

ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА

остро возникшая блокада правой ножки пучка Гиса

остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса

элевация сегмента ST в отведениях I, aVL, V1-V4

> элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF

АТИПИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ИН-
ФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

блокадный, тахиаритмический, печеночный, неопределенный

классический болевой, депрессивный, почечный, циститный

без стойкой элевации или с элевацией сегмента ST, панкреатитный

> астматический, абдоминальный, цереброваскулярный, безболевой

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

кардиогенный шок

> синдром Дресслера

фибрилляция желудочков

блокада левой ножки пучка Гиса

ПРИ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЗУБЕЦ Q
ВЫЯВЛЯЕТСЯ

не позже, чем через 30 мин от начала заболевания

на вторые-третьи сутки от начала заболевания

> обычно в течение первых нескольких часов

не ранее, чем через 24 часа от начала заболевания

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОЧАГА НЕКРОЗА В МИО-
КАРДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

> сцинтиграфия миокарда с технецием-99М-пирофосфатом

перфузионная сцинтиграфия миокарда с изотопом таллием-201

внутривенная коронароангиография с вентрикулографией

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

> ангинозная

астматическая

церебро-васкулярная

гастралгическая

ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯ-
ЕТСЯ

> тромбоз коронарной артерии

окклюзия коронарной артерии атеросклеротической бляшкой

внезапное повышение потребности миокарда в кислороде
спазм коронарной артерии

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕЖИТ

стрессовая реакция на болевые раздражители
артериальная гипотония
гиповолемия
> снижение насосной функции сердца

САМЫМ РАННИМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

> подъем сегмента ST
нарушение сердечного ритма
инверсия зубца T
изменение комплекса QRS

К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

> аневризма левого желудочка
фибрилляция желудочков
разрыв стенки левого желудочка
кардиогенный шок

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

внезапно развившаяся одышка
> боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
боль за грудиной, купирующаяся нитроглицерином
коллапс

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

кардиогенный шок
> синдром Дреслера
фибрилляция желудочков
блокада левой ножки пучка Гиса

БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТА, РВОТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

локализации инфаркта миокарда в области передней стенки ЛЖ
расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
тромбоэмболии легочной артерии
> локализации инфаркта миокарда в области нижней стенки ЛЖ

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

боль за грудиной продолжительностью более 20 минут
элевация сегмента ST в двух и более отведениях на ЭКГ
> повышение уровня тропонина в крови
повышение уровня ЛДГ

НАЗНАЧЕНИЕ ИНФУЗИИ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОКАЗАНО

> только при отеке легких
при любой ситуации
только при сочетании со стенозом устья аорты
только при кардиогенном шоке

ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ ЦЕЛЕВЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛПНП, СОСТАВЛЯЮЩИЙ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

> 1,4
3,5
3,0
2,5

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАРОКСИЗМА УСТОЙЧИВОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ ГЕМОДИНАМИКИ ПОКАЗАНО

назначение бета-адреноблокаторов
> незамедлительное проведение электроимпульсной терапии
проведение инфузии лидокаина
проведение инфузии кордарона

ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ЯВЛЯЕТСЯ

купирование болевого синдрома
восстановление АВ проводимости
> снижение элевации сегмента ST на 50% и более от исходного
исчезновение признаков сердечной недостаточности

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОНАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ АРТИФИЦИАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА НЕОБХОДИМО В ПЕРВЫЕ _ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

10
> 6
12
8

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

бета-адреноблокаторов
блокаторов медленных кальциевых каналов
> морфина
преднизолона

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

150
500.
75.
> 250-300

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ метопролол

новокаинамид
лидокаин
> амиодарон

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

метопролола
> нитроглицерина
0,9% раствора натрия хлорида
добутамина

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе с последующим проведением ЧКВ
системной тромболитической терапии
ЧКВ в течение 24 часов после начала симптомов
> первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 90-120 минут от первого контакта с медицинским персоналом

СРЕДСТВОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЮТСЯ

> лидокаин
бета-блокаторы
новокаинамид
кордарон

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК НАЧАЛА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

1
> 12
3
6

ДЛИТЕЛЬНОЕ ОБЕЗДВИЖИВАНИЕ БОЛЬНОГО С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИВОДИТ К

сердечной недостаточности
брадикардии
повышению АД
> тромбоэмболическим осложнениям

ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ИЛИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

нитраты
антикоагулянты
> бета-блокаторы
сердечные гликозиды

К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТ

антагонисты кальция
сердечные гликозиды

> диуретики
бета-адреноблокаторы

ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
НАЦЕЛЕНО НА

профилактику тромбоэмболий
уменьшение интенсивности боли
нормализацию гемодинамики
> ограничение зоны некроза

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

фибрилляция предсердий
сахарный диабет
> АВ-блокада II-III степени
наджелудочковая экстрасистолия

ТЕРАПИЮ ПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ (ГЕПАРИНОМ) ПРИ ОСТРОМ ИН-
ФАРКТЕ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ПО

> активированному частичному тромбопластиновому времени
протромбиновому индексу
времени свертывания крови
активированному времени рекальцификации

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ДЛЯ КУ-
ПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ
НАРУШЕНИЕМ ГЕМОДИНАМИКИ И ПЛОХОЙ СУБЪЕКТИВНОЙ ПЕРЕНОСИМО-
СТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

хинидин
> амиодарон
аденозин
верапамил

ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ ПОВТОРНОГО ВВЕДЕНИЯ НЕ РАЗРЕ-
ШЕНО ПРИМЕНЕНИЕ

тенектеплазы
> стрептокиназы
алтеплазы
проурокиназы

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ЭНТЕРО-
КОККИ, ТО ЧАЩЕ ВСЕГО НАЗНАЧАЮТ

> ампициллин в сочетании с гентамицином
тетрациклины
пенициллин
гентамицин с карбенициллином

К ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ

паразитарную инвазию
системные коллагенозы
> инфекцию
идиопатические факторы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- > вирусные инфекции
- воздействия токсинов
- бактериальные инфекции
- грибковые инфекции

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ СТАФИЛОКОККИ, УСТОЙЧИВЫЕ К ПЕНИЦИЛЛИНУ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- метициллин
- канамицин
- оксациллин
- > цефалоспорины

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА

- перикардит
- миокардит
- > инфекционный эндокардит
- ишемическую болезнь сердца

ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ ГРАММ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- > гентамицин и/или ампициллин
- пенициллин со стрептомицином
- амфотерицин В
- тетрациклины

ПЯТНА РОТА (БЕЛЫЕ ПЯТНА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- ревмокардита
- синдрома Марфана
- артериальной гипертензии
- > инфекционного эндокардита

ПЕРВЫМ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- нитраты
- > нестероидные противовоспалительные препараты
- наркотические анальгетики
- глюкокортикостероиды

ТЯЖЕЛЫМ СИСТЕМНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С РАЗРУШЕНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

- миксоматозная дегенерация
- > инфекционный эндокардит
- токсическая кардиомиопатия
- острый перикардит

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- наличие шумов при аускультации
- > выявление вегетаций на клапанах при эхокардиографии

значительное ускорение СОЭ
нарастание явлений сердечной недостаточности

ПОКАЗАНИЕМ К РАННЕМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

> осложнение эмболического характера
ишемическая болезнь сердца
ДВС-синдром
высокая лихорадка

БОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

300

> более 500

400

150

ДИАГНОЗ МИОКАРДИТА ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО ХАРАКТЕРНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ

> биопсии миокарда
ЭКГ
сцинтиграфии миокарда
эхокардиографии

ДИАГНОЗ «МИОКАРДИТ» ДОСТОВЕРНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКГ

> биопсии миокарда
сцинтиграфии миокарда
эхокардиографии

ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЭМБОЛИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ ВОЗМОЖНЫ В

легочные вены
легкие
легочную артерию
> головной мозг

ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

B12-дефицитная анемия
> диффузный гломерулонефрит
хронический гепатит
тиреотоксикоз

ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ

антигистаминные препараты
антибиотики
> нестероидные противовоспалительные препараты
глюкокортикоиды

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

пневмония
системная склеродермия

> туберкулез
острая ревматическая лихорадка

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

энтерококки
стрептококки
> стафилококки
грибы

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОНСТРИКТИВНОГО (СДАВЛИВАЮЩЕГО) ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

острый идиопатический перикардит
гипертрофическая кардиомиопатия
опухоль
> туберкулез

ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОВЫШЕНИЕМ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА, ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ТЕЧЕНИЕ (В ЧАСАХ)

48
96
72
> 24

ПРИЁМ СТАТИНОВ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ЛИБО УМЕНЬШИТЬ ИХ ДОЗИРОВКУ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ В КРОВИ ВЫШЕ НОРМЫ В

2 раза
> 3 раза
4 раза
5 раз

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> фибрилляция желудочков
AV-блокада III степени
электромеханическая диссоциация
асистолия желудочков

ДОСТОВЕРНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

регулярное употребление малых доз алкоголя
> артериальная гипертензия
низкая физическая активность
отягощенный семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ

появление инверсии зубца T
> устойчивая горизонтальная и медленная косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм
быстрая и косовосходящая депрессия сегмента ST не менее 1 мм

появление полной блокады левой ножки пучка Гиса

ЦЕЛЕВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ИБС ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

2,5
> 1,4
3,0
2,0

ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИСПОЛЬЗУЮТ
> тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию

коронароангиографию, ЭхоКГ

перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)

перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГОМОЗИГОТНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

соблюдение диеты

> экстракорпоральный метод (плазмаферез, гемосорбция)

приём высоких доз статинов

приём ингибиторов PCSK9

ГЛАВНЫМ ВОПРОСОМ, НА КОТОРЫЙ ПОЗВОЛЯЕТ ОТВЕТИТЬ НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ, ЯВЛЯЕТСЯ

наличие перенесенного в прошлом инфаркта миокарда

верификация ИБС

наличие клапанной патологии

> вероятность наличия ИБС

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> коронароангиография

мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий

нагрузочный тредмил-тест

перфузионная сцинтиграфия миокарда с нагрузкой

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

гипертрофия левого желудочка

коронариит

«мышечный» мостик

> атеросклероз коронарных артерий

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕСС-ЭХОКГ ЯВЛЯЕТСЯ

> ишемическая болезнь сердца

опухоль сердца-миксома

жидкость в полости перикарда

врожденный порок сердца

ПБ ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)

альфа липопротеидов (ЛП_α)

> липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)

липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)

ШКАЛА GRACE ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ

хронической сердечной недостаточности

острой левожелудочковой недостаточности

ишемическом инсульте

> острым коронарным синдроме без подъема сегмента ST

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

низкий уровень липопротеидов низкой плотности

высокий уровень липопротеидов высокой плотности

> абдоминальный тип ожирения

женский пол

К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТНОСИТСЯ

мужской пол

возраст

отягощенная наследственность

> сахарный диабет 2 типа

НАИБОЛЬШИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ ПРИ ПРИЕМЕ

правастатина

симвастатина

> розувастатина

аторвастатина

ПРИЧИНАМИ ВТОРИЧНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ МОГУТ БЫТЬ

прием контрацептивов, неселективных бета-адреноблокаторов, булимия

злоупотребление алкоголем, хроническая почечная недостаточность, ожирение

гипопитуитаризм, острый панкреатит, прием глюкокортикостероидов

> гипотиреоз, билиарный цирроз печени, прием анаболических гормонов

А ТИП ГИПЕРЛИПИДЕМИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

> липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)

альфа липопротеидов (ЛП_α)

липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП)

липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП)

К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС, ОТНОСЯТ

антагонисты кальция

наркотические препараты
нитраты
> статины

ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ И СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ГКМП УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПРИ ПРИЁМЕ

верапамила
> изосорбида динитрата
биспролола
метопролола сукцината

ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ МИОКАРДИТИЧЕСКИЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ

алкогольная кардиомиопатия
открытое овальное окно
> гипертрофическая кардиомиопатия

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ (ДКМП)

постинфарктном кардиосклерозе
> гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ЛЖ)
недостаточности митрального клапана

К ПЕРВИЧНЫМ КАРДИОМИОПАТИЯМ ОТНОСИТСЯ

алкогольная
дисгормональная
> гипертрофическая
метаболическая

У БОЛЬНОГО НА ЭХО-КГ ВЫЯВИЛАСЬ ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

острого инфаркта миокарда
аортальной недостаточности
изолированного стеноза митрального клапана
> дилатационной кардиомиопатии

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА (АПФ)

диуретики
блокаторы ангиотензиновых рецепторов
> β -адреноблокаторы

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОДЫШКА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

постинфарктном кардиосклерозе
> гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией выносящего тракта левого желудочка
недостаточности аортального клапана
дилатационной кардиомиопатии

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ОБСТРУКЦИЕЙ ВЫВОДЯЩЕГО ТРАКТА ИСПОЛЬЗУЮТ

сердечные гликозиды
> бета-адреноблокаторы
амиодарон
нитраты

ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

повышение сократительной способности миокарда
> диффузное снижение сократительной способности миокарда
локальное снижение сократительной способности миокарда
утолщение межжелудочковой перегородки

ДВОЙНОЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

пролапсом митрального клапана
аортальной недостаточностью
дилатационной кардиомиопатией
> гипертрофической кардиомиопатией

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

> бета-блокаторы
сердечные гликозиды
мочегонные препараты
вазодилататоры

ОСНОВНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

дилатацией левого желудочка, гипертрофией его стенок
фракцией выброса < 40%
> дилатацией камер сердца при отсутствии выраженной гипертрофии
снижением систолической и диастолической функций сердца

К НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНЕ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ОТНОСЯТ

острое нарушение мозгового кровообращения
тромбоэмболию легочной артерии
инфаркт миокарда
> нарушение ритма

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

высокое общее периферическое сопротивление
митральный стеноз
снижение сократительной функции левого желудочка
> обструкция выносящего тракта левого желудочка

К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

рентгенографию органов грудной клетки
коронароангиографию
> ЭХО-КГ

сцинтиграфию миокарда

ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОИСХОДИТ _ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА

сохранение прежней

локально-очаговое повышение

> диффузное снижение

локально-очаговое снижение

В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

диуретики

> бета-адреноблокаторы

ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

диуретики

сердечные гликозиды

нитраты

> бета-адреноблокаторы

У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

> нитратов, дигидропиридинов, ингибиторов АПФ

верапамила, дилтиазема, атенолола

биспролола, дизопирамида, амиодарона

спиринолактона, пропранолола, соталола

ПЕРВИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКОРОНАРОГЕННЫМ, НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ ДИФФУЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ МИОКАРДА С РЕЗКИМ СНИЖЕНИЕМ ЕГО СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ И ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДИЛАТАЦИЕЙ ПОЛОСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

> дилатационная кардиомиопатия

гипертрофическая кардиомиопатия

рестриктивная кардиомиопатия

миокардит

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНУЮ ТЕРАПИЮ (ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ) НАДО НАЧИНАТЬ С РАЗРЯДА

50 Дж

150 Дж

220 Дж

> 200 Дж

КАКОЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИНОАТРИАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ?

разные интервалы R-R

волны фибрилляции предсердий

> внезапное начало и внезапный конец тахикардии

уширение комплексов QRS

ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ВНУТРИ-СЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (В ЧАСАХ)

менее 48

менее 24

> более 48

более 24

ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПАЦИЕНТАМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

> моксонидина

нифедипина

гидралазина

фелодипина

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПРИСТУПОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

прокаинамид

> амиодарон

хинидин

пропранолол

СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

удлинением интервала QT

депрессией ST на фоне физической нагрузки

> полной атриовентрикулярной блокадой на фоне фибрилляции предсердий

сочетанием полной блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады

ПРИЧИНОЙ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости

> возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа «пируэт»

аортальный стеноз

возникновение периодов асистолии

К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ШКАЛЕ CHA2DS2-VASC ОТНОСЯТ

размер левого предсердия более 60 мм

наличие несахарного диабета

> хроническую сердечную недостаточность

эссенциальный тромбоцитоз

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

> митральном стенозе

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

аортальном стенозе

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЛОКАДА АВ-УЗЛА МОЖЕТ БЫТЬ СПОСОБОМ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ускоренного желудочкового ритма
> хронической предсердной тахикардии
желудочковой тахикардии
пароксизмальной АВ-узловой тахикардии

ДЛЯ ЗАМЕЩАЮЩЕГО РИТМА ИЗ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ХА-
РАКТЕРНА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ _ УДАРОВ В 1 МИНУТУ

> 40-50
120 и более
90-100
100-110

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИ-
ТЕЛЯ РИТМА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

полная блокада левой ножки пучка Гиса в сочетании с атрио-вентрикулярной блокадой 2
степени типа Мобитц-1
бессимптомная атриовентрикулярная блокада 2-3 степени у больных старше 60 лет, зафик-
сированная на электрокардиограмме
> потеря сознания при атрио-вентрикулярной блокаде 2-3 степени
наличие признаков дисфункции синусового узла при суточном мониторинге электро-
кардиограммы

ЖЕЛУДОЧКОВЫЙ РИТМ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК «УСТОЙЧИВАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ
ТАХИКАРДИЯ» ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ (В СЕК.)

> 30
15
90
20

ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯ-
ТОРА ЯВЛЯЮТСЯ

> паузы более 3 секунд (при отсутствии ятрогении), сопровождающиеся синкопальными
состояниями
эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
признаки синдрома Бругада
признаки синдрома ранней реполяризации желудочков

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИДОКАИНА ПОКАЗАНО ПРИ

суправентрикулярной экстрасистолии
> желудочковой тахикардии
суправентрикулярной тахикардии
фибрилляции - трепетания предсердий

ДЕФИЦИТ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

артериальной гипертензией
недостаточностью аортального клапана
полной блокадой левой ножки пучка Гиса
> фибрилляцией предсердий

ВЕРАПАМИЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ВЫБОРА ПРИ ТАХИКАРДИИ ЖЕЛУДОЧКО-
ВОЙ

двунаправленной

полиморфной
типа «пируэт»
> идиопатической

СИНДРОМ МОРГАНЬИ-ЭДЕМСА-СТОКСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
неполной блокаде левой ножки пучка Гиса (НБЛНПГ)
> синоатриальной блокаде
бифасцикулярной блокаде
неполной блокаде правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ)

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
дилатация левого желудочка
гипертрофия левого желудочка
очаговый фиброз миокарда желудочков
> дилатация миокарда левого предсердия

ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА ЛЕВОГО А-V ОТВЕРСТИЯ С ФИБ-
РИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
желудочковая аритмия
коронарная недостаточность
синкопальное состояние
> тромбоэмболия

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ
 β -гемолитическим стрептококком группы С
золотистым стафилококком
вирусом Эпштейн-Барр
> β -гемолитическим стрептококком группы А

КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ
геморрагический васкулит
гломерулонефрит
> полиартрит
пневмонит

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КУРСА ПЕНИЦИЛЛИНОВЫХ ПРОИЗ-
ВОДНЫХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ
БЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКА СЕРДЦА, СОСТАВЛЯЕТ _ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ
АТАКИ
40 лет
> 10 лет
3 года
5 лет

ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХО-
РАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭРИТЕМА
мигрирующая
узловатая
эксудативная
> кольцевидная

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

> 2-3 недели

5-6 месяцев

4-7 дней

6-8 недель

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫМ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

> «летучий» артрит

малая хорея

кольцевидная эритема

узловатая эритема

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

10 месяцев

4 дня

> 2-4 недели

1-2 года

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ

> 2 недели

6 месяцев

4 недели

4 месяца

ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИСТРЕПТОКОККОВЫХ АНТИТЕЛ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

> ревматизма

ревматоидного артрита

системной красной волчанки

системной склеродермии

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ НАЛИЧИЕ

> вегетаций на клапанах

лихорадки и лимфоаденопатии

спленомегалии и гепатомегалии

митрального порока сердца

ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННАЯ

вирусом Эпштейна-Барра

золотистым стафилококком

> бета-гемолитическим стрептококком группы «А»

зеленышцем стрептококком

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ЭТИОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАНА С

золотистым стафилококком

вирусом Коксаки

> бета-гемолитическим стрептококком группы А
зеленым стрептококком

РАННИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

> артрит
диастолический шум на верхушке сердца
систолический шум на аорте
малая хорея

В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

склерозирование
> иммунный
тромбообразование
инфекционно-воспалительный

ОДНИМ ИЗ "БОЛЬШИХ" КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА "ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА" ЯВЛЯЕТСЯ

> полиартрит
пневмонит
геморрагический васкулит
гломерулонефрит

30ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

> замедленная гиперергическая реакция на антигены стрептококка
редкость аутоиммунных реакций
возникновение заболевания в любом возрасте
наличие аутосомно-доминантной наследственности для развития заболевания

РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

> β-гемолитическим стрептококком группы А
β-гемолитическим стрептококком группы В
стафилококком
пневмококком

К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

систолический шум на митральном клапане
узловатая эритема
> артрит
диастолический шум над аортой

«БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация
> ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка

ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ПРИМЕНЯЮТ

супрастин
ампициллин
> бициллин

цефтриаксон

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРИОБРЕТЕННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

перикардит
инфекционный эндокардит
инфаркт миокарда
> ревматическая лихорадка

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки
электрокардиография в 12 отведениях
> доплеркардиография
аускультация тонов и шумов сердца

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ЩЕЛЧОК, ВЫСЛУШИВАЕМЫЙ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

> пролапса створки митрального клапана
повышения вязкости крови
сужения левого атриовентрикулярного отверстия
значительного снижения сократимости миокарда левого желудочка

К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

> тетрада Фалло
аневризма межпредсердной перегородки
открытое овальное окно
аневризма левого желудочка

УСИЛЕНИЕ ШУМА НАД МЕЧЕВИДНЫМ ОТРОСТКОМ НА ВДОХЕ (СИМПТОМ КОРВАЛЛО) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

митральной недостаточности тяжелой степени
выраженной аортальной недостаточности
стеноза легочной артерии с наличием легочной гипертензии
> трикуспидальной недостаточности

ЧЕТВЕРТЫЙ ТОН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

> аортальном стенозе
митральном стенозе
аортальной недостаточности
митральной недостаточности

У ПАЦИЕНТА 19 ЛЕТ ПРИ ЭХО-КГ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ОТКРЫТИЯ СТОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ДИАСТОЛУ С УВЕЛИЧЕНИЕМ СКОРОСТИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА (ДМЖП)

аортального стеноза
> митрального стеноза
митральной недостаточности

ОСЦИЛЛЯЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТОРОНЫ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

дефекта межжелудочковой перегородки
аортального стеноза
> аортальной недостаточности
дефекта межпредсердной перегородки

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

> эхокардиография с доплерографией
проба с физической нагрузкой (ВЭМ, Тредмил-тест)
сцинтиграфия сердца
катетеризация сердца и магистральных сосудов

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЮТСЯ

> импульсное и цветное доплеровские исследования сердца
рентгенография органов грудной клетки и сцинтиграфия миокарда
постоянно-волновое и тканевое доплеровские исследования сердца
коронароангиография и компьютерная томография с контрастированием

К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

> открытый артериальный проток
сеть Хиари
аневризма межпредсердной перегородки
открытое овальное окно

ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

сочетанным митральным пороком
митральной недостаточностью
> аортальным стенозом
аортальной недостаточностью

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ СО СБРОСОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ СЛЕВА НАПРАВО ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ

впадении вен большого круга в левое предсердие, аномалии Эбштейна, легочных артериовенозных свищах
атрезии трехстворчатого клапана, врожденной аневризме синуса Вальсальвы, истинной декстрокардия
> дефектах межпредсердной или межжелудочковой перегородок, открытом артериальном протоке
тетраде Фалло, дефекте коронарного синуса, стенозе легочной артерии, двухкамерном правом желудочке

ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРЕДНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ МОЖЕТ БЫТЬ

артериальная гипертензия
> недостаточность митрального клапана
гипертрофическая кардиомиопатия
стеноз устья аорты

ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

сифилитический аортит

> бактериальный эндокардит

острая ревматическая лихорадка

врожденный порок сердца

СЕПАРАЦИЯ СТВОРОК АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

дефекта межжелудочковой перегородки

аортального стеноза

дефекта межпредсердной перегородки

> аортальной недостаточности

ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ

недостаточности аортального клапана

> недостаточности митрального клапана

стеноза митрального клапана

стеноза устья аорты

ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

> атеросклероз

острая ревматическая лихорадка

врожденный порок сердца

бактериальный эндокардит

«БАРАБАННЫЕ ПАЛОЧКИ» И ЦИАНОЗ НОГ, НО НЕ РУК, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ _
СЕРДЦА ПОСЛЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СБРОСА КРОВИ СПРАВА-НАЛЕВО

стенозе аортального клапана

дефекте межпредсердной перегородки

недостаточности трикуспидального клапана

> незаращении артериального протока

КАКОЙ УЗ-ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ СТЕНОЗ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ?

створки митрального клапана движутся в противофазе

амплитуда движения створок митрального клапана увеличена

> створки митрального клапана утолщены, движутся однонаправленно

провисание створок митрального клапана в полость предсердия

В КЛАССИЧЕСКУЮ ТРИАДУ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН II-III Ф.К. ВХОДЯТ

• ИАПФ, дигоксин, петлевые диуретики

• ИАПФ, ивабрадин, нитраты

блокаторы рецепторов ангиотензина II, верапамил, антагонисты минералокортикоидных рецепторов

> ИАПФ, β-АБ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов

ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ, ДОКАЗАВШИХ СПОСОБНОСТЬ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЧИСЛУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ

непрямые антикоагулянты

> ингибиторы АПФ

кардиопротекторы
антагонисты кальция

СТАРТОВАЯ ДОЗА ЭНАЛАПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ _ МГ _ РАЗА В ДЕНЬ

1,25; 2
> 2,5; 2
5; 2
6,25; 3

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АГ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЧЕСТЬ

антагонист кальция
бета-блокаторы
> ингибиторы АПФ
дигоксин

СТАДИЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ IV СТЕПЕНИ ПО KILLIP СООТВЕТСТВУЕТ

альвеолярному отеку легких
интерстициальному отеку легких
> кардиогенному шоку
остановке кровообращения

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ВНЕЗАПНОГО ПОЯВЛЕНИЯ ГРУБОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

разрыв свободной стенки левого желудочка
разрыв папиллярной мышцы
тромбоэмболия легочной артерии
> разрыв межжелудочковой перегородки

ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

> набуханием шейных вен, увеличивающимся в вертикальном положении
одышкой при ходьбе
брадикардией
застоем крови в венозном русле малого круга кровообращения

ПРИЕМ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ У БОЛЬНЫХ ХСН ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

а-в блокаде I ст.
фибрилляции предсердий
синусовой тахикардии
> а-в блокаде II ст.

В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДИАГНОЗ ХСН МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ ПРИ НОРМАЛЬНОМ УРОВНЕ В КРОВИ

> натрийуретических пептидов
альдостерона
ренина
катехоламинов

ПРИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАСТОЙ КРОВИ РАЗВИВАЕТСЯ В

- портальной системе
- большом и малом кругах кровообращения
- большом круге кровообращения
- > малом круге кровообращения

ПРИ ВЫБОРЕ ИНГИБИТОРА АПФ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ХСН И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- каптоприлу
- периндоприлу
- > фозиноприлу
- лизиноприлу

К ДЕПРЕССОРНОМУ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОМУ МЕХАНИЗМУ ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ АКТИВАЦИЯ

- > мозгового и предсердного натрийуретических пептидов
- симпатоадреналовой системы (САС)
- антидиуретического гормона (АДГ)
- ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- тахикардия
- > набухание шейных вен
- пульсация в эпигастрии
- одышка разной степени выраженности

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А-В блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- > тахиформа фибрилляции предсердий
- рестриктивная кардиомиопатия с наличием ХСН
- гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия

АКРОЦИАНОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- правожелудочковой недостаточности
- > левожелудочковой недостаточности
- железодефицитной и В12 -дефицитной анемии
- двусторонней крупозной пневмонии

ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ

- иАПФ
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- > агонистов имидазолиновых рецепторов
- бета-блокаторы

ДИГОКСИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УЛУЧШАЕТ

- длительный прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий
- > симптоматику и не влияет на прогноз
- длительный прогноз у пациентов со сниженной фракцией выброса

симптоматику и улучшает длительный прогноз

СИМПТОМОМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

инспираторная одышка при физической нагрузке

акроцианоз губ

сердечная астма

> наличие отеков на ногах

В ОПТИМАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТОВ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТАДИИ, ВХОДЯТ

диуретики и сердечные гликозиды

бета адреноблокаторами и сердечные гликозиды

бета адреноблокаторы и добутамин

> диуретики и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

ПОКАЗАТЕЛЬ ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕТРАХ)

> 426-550

150-300

650-800

301-426

БОЛЬНОГО С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ СЛЕДУЕТ

направить на анализ крови

направить на консультацию к врачу-кардиологу

> госпитализировать по «03» в БИТ

направить на холтер-ЭКГ

БОЛЬНОМУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

нитросорбид

> амлодипин

ивабрадин

биспролол

ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

антагонисты кальция и пролонгированные нитраты

ивабрадин и антагонисты кальция

антагонисты кальция и дигоксин

> бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

сопутствующий атеросклероз брахиоцефальных артерий

сопутствующий периферический атеросклероз

> сопутствующая хроническая сердечная недостаточность

сопутствующая фибрилляция предсердий

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ

статины и бета-адреноблокаторы

> статины и дезагреганты

статины и антагонисты кальция

препараты нитроглицерина и дезагреганты

ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ

> одышка

повышение АД при физической нагрузке

колющие боли в сердце при наклонах туловища

головокружение при переходе в ортостаз

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КЛОПИДОГРЕЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе

> непереносимость ацетилсалициловой кислоты

сопутствующая ХСН

сопутствующая фибрилляция предсердий

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

> метод парных велоэргометров

проба с физической нагрузкой на тредмиле

24-часовое мониторирование электрокардиограммы

чреспищеводная кардиостимуляция

В ОСНОВЕ ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

увеличение потребности миокарда в кислороде

атеротромбоз коронарных артерий

повышение вязкости крови

> спазм коронарных артерий

У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

болезнь Аддисона

атеросклеротическое поражение плечевой артерии

> болезнь Такаюсу

болезнь Кушинга

ОПТИМАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЛС ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ И ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> бета-адреноблокатор и дигидропиридиновый антагонист кальция

триметазидин и бета-адреноблокатор

дигидропиридиновый антагонист кальция и пролонгированный нитрат

ивабрадин и дигидропиридиновый антагонист кальция

К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ ОТНОСЯТ

элевацию сегмента S-T менее 1 мм на ЭКГ во время болевого приступа, одышку

колющую боль в левой половине грудной клетки без существенных изменений ЭКГ

желудочковую и наджелудочковую экстрасистолию после физической нагрузки

> загрудинную боль при нагрузке и депрессию сегмента S-T более 2 мм на ЭКГ

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНОГО СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

> делать перерывы в приеме нитратов
перейти на трансдермальные формы нитратов
добавлять к терапии β -адреноблокаторы
добавлять к терапии альфа-адреноблокаторы

ПРИ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> проба с эргометрином
проба с введением изопротеренола
дипиридамовая проба
чреспищеводная электрокардиостимуляция

ПРИ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

> блокаторы кальциевых каналов
нитраты
ранолазин
бета-адреноблокаторы

ОБЫЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА НЕ ВЫЗЫВАЕТ ПРИСТУПОВ, НО ОНИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ НАГРУЗКЕ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ _
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

IV
II
> I
III

ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

ощущение «неполноты вдоха»
локализация боли на ограниченном пространстве в области верхушки сердца
> появление сжимающих болей за грудиной при быстрой ходьбе, прекращение приступа в покое
возникновение боли при резких движениях, поворотах туловища

У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 3 ФК, У КОТОРОГО ПРИ КОРОНАРОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО МНОГОСОСУДИСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГНОЗА ПРОВЕДЕНИЕ

чрескожного коронарного вмешательства с установкой покрытых стентов нового поколения
чрескожного коронарного вмешательства с установкой голометаллических стентов оптимальной медикаментозной терапии
> аортокоронарного шунтирования

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ

> бета-адреноблокаторов
мочегонных препаратов
препаратов метаболического действия

нитратов пролонгированного действия

В ОСНОВЕ СПОНТАННОЙ СТЕНОКАРДИИ ЛЕЖИТ

тромбоз коронарных артерий
> спазм коронарных артерий
повышение частоты сердечных сокращений
повышение вязкости крови

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ НЕ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ

> сердечных гликозидов
антагонистов альдостерона
растворов нитроглицерина
блокаторов кальциевых каналов

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> хроническая обструктивная болезнь легких
бронхиальная астма
деформация грудной клетки
первичная лёгочная гипертензия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> ХОБЛ
бронхиальная астма
пневмония тяжелого течения
очаговый туберкулез легких

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

> выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
повышение прозрачности легочных полей
понижение прозрачности легочных полей
сдвиг правого сердечно-сосудистого угла вниз на прямой рентгенограмме

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

венозный застой в малом круге кровообращения
повышение внутригрудного давления
> легочная артериальная гипертензия
повышение легочно-капиллярного давления

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

выраженная деформация грудной клетки
хронические неспецифические заболевания легких
атопическая бронхиальная астма
> тромбоэмболия легочной артерии

К САМЫМ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

частые пневмонии
абсцесс легкого
> хроническую обструктивную болезнь легких

рак легкого

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ЛЁГОЧНОМ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- > дилатация правых отделов сердца
- гипертрофия левого желудочка
- дилатация левых отделов сердца
- дилатация всех камер сердца

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- электрокардиография
- сцинтиграфия
- рентгенография органов грудной полости
- > эхокардиография

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПРИЧИНЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- заболевания с первичным поражением грудной клетки
- > бронхо-легочную патологию
- патологию левых отделов сердца
- заболевания, поражающие легочные сосуды

НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

- > врачебная комиссия
- лечащий врач
- главный врач
- консилиум специалистов

ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- территориальный фонд ОМС
- > бюро медико-социальной экспертизы
- Федеральное медико-биологическое агентство
- министерство здравоохранения

ПРИЗНАНИЕ ГРАЖДАНИНА ИНВАЛИДОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ИСХОДЯ ИЗ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ГРАЖДАНИНА НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И _ ДАННЫХ

- > социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических
- социально-бытовых и психологических
- профессионально-трудовых и психологических
- социально-бытовых и профессионально-трудовых

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВОЙ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА С _ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА (В ДИАПАЗОНЕ ОТ _ ДО 100 %), ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ

- > IV; 90
- IV; 80
- I; 10
- I; 20

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ, ОЦЕНИВАЕТСЯ В ПРОЦЕНТАХ И УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ДИАПАЗОНЕ ОТ 10 ДО 100 С ШАГОМ В (В ПРОЦЕНТАХ)

15

> 10

5

20

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦУ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ С/СО _ ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ИЛИ ДЕФЕКТАМИ

IV (от 90 до 100 %)

I и более (от 10 до 100 %)

> II и более (от 40 до 100 %)

III и более (от 70 до 100 %)

ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ) МОЖЕТ ОБЖАЛОВАТЬ РЕШЕНИЕ БЮРО В ГЛАВНОЕ БЮРО НА ОСНОВАНИИ ПИСЬМЕННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ПОДАВАЕМОГО В БЮРО, ПРОВОДИВШЕЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ, ЛИБО В ГЛАВНОЕ БЮРО В ТЕЧЕНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

3.

> 1

2

0,5

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЕТСЯ

врачом-статистиком

медицинской сестрой

> медицинским регистратором

врачом-терапевтом

ИСПРАВЛЕНИЯ В УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

подписью заведующего отделением

подписью главного врача

> подписью врача, заполняющего карту

решением врачебной комиссии

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

при каждом обращении

один раз в год

> при первичном обращении

один раз в пять лет

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПОЛУЧАТЬ ВСЕГДА

когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке

> кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно

при проведении медицинского вмешательства

кроме случаев, когда пациенту требуется высокотехнологичная медицинская помощь

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ХРАНИТСЯ

у главного врача

у пациента

в кабинете лечащего врача

> в регистратуре

ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЮТСЯ

медицинской сестрой

> лечащим врачом

заведующим отделением

медицинским регистратором

ЗАПИСИ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ВЕДУТСЯ НА ЯЗЫКЕ

любом

> русском

региона

английском

ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЁННЫМ С МОМЕНТА

получения от МО реестра счетов за медицинскую помощь

> подписания договора

получения от МО списка застрахованных

перечисления СМО аванса МО

ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ

экстренное извещение об остром инфекционном заболевании

годовой отчёт больницы

информированное добровольное согласие пациента

> медицинская карта стационарного больного

ЕСЛИ В ТРУДОВОМ ДОГОВОРЕ НЕ ОГОВОРЕН СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТО ДОГОВОР СЧИТАЕТСЯ

заключенным на срок не менее двух лет

недействительным

заключенным на срок не менее одного года

> заключенным на неопределенный срок

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО

на дому

> в регистратуре

при проведении диспансеризации

на приеме врача

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОМ ЛИБО ЕГО ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПОЛУЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ОЗНАКОМЛЕНИЯ С ОРИГИНАЛАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ СО ДНЯ ПОСТУПЛЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ЗАПРОСА УКАЗАННЫХ ЛИЦ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ _ ДНЕЙ

15

10

> 30

5

ОЗНАКОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ С ОРИГИНАЛАМИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ НА ОСНОВАНИИ

предварительной договоренности с лечащим врачом или иными уполномоченными должностными лицами медицинской организации

устного обращения указанных лиц в медицинскую организацию при предъявлении документов, удостоверяющих их личность

запроса указанных лиц, полученного медицинской организацией по электронной почте или через ее сайт в сети Интернет

> письменного запроса указанных лиц в медицинскую организацию

ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЛИБО ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ (КОПИИ, ВЫПИСКИ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ), ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, ВЫДАЮТСЯ НА РУКИ ПАЦИЕНТУ ЛИБО ЕГО ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ

на основании письменного заявления пациента или его законного представителя

в порядке и на условиях, предусмотренных договором

в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

> в обязательном порядке после исполнения договора

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБЯЗАННОСТЬ ПО ХРАНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВОЗЛОЖЕНА НА

территориальный фонд обязательного медицинского страхования

> медицинскую организацию

страховую компанию

пациента

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ НА РАБОТУ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР СОСТАВЛЯЮТ В _ ЭКЗЕМПЛЯРАХ ДЛЯ _ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА

3; получателей

4; клиентов

5; участников

> 2; каждой из сторон

«ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ПОДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ В СЛУ-
ЧАЯХ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

острое респираторное заболевание

> кишечная инфекция

острый гастрит

гонорея

ДОКУМЕНТОМ, РЕГУЛИРУЮЩИМ ОТНОШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СВЯЗИ С
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЯВЛЯ-
ЕТСЯ

Конституция Российской Федерации

> Федеральный закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании»

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера-
ции»

Федеральный закон № 165 «Об основах обязательного социального страхования»

ПИСЬМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОСТУПИВШЕЕ В ГОСУДАРСТВЕН-
НЫЕ ОРГАНЫ, ОРГАНЫ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ, ДОЛЖНО БЫТЬ РАС-
СМОТРЕНО В ТЕЧЕНИЕ _ ДНЕЙ СО ДНЯ _ ПИСЬМЕННОГО ОБРАЩЕНИЯ

48; отправления

22; поступления

32; написания

> 30; регистрации

ОСНОВНЫМ ФИНАНСОВЫМ ДОКУМЕНТОМ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРА-
ВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

смета

бюджет

бухгалтерская отчетность

> план финансово-хозяйственной деятельности

ВЫСОКИЙ РОСТ, ВЫСОКАЯ ТАЛИЯ И ПРИЗНАКИ ГИНЕКОМАСТИИ, ГИПОГО-
НАДИЗМА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА _ С НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТ-
НЫМ КАРИОТИПОМ _

Дауна; 47 XX или XY, 21+

Патау; 47 XX или XY, 13 +

> Клайнфельтера; 47 ХХУ

Шерешевского-Тернера; 45 ХО

НИЗКИЙ РОСТ, КОРОТКАЯ ШЕЯ С КРЫЛОВИДНЫМИ КОЖНЫМИ СКЛАДКАМИ С
НИЗКОЙ ЛИНИЕЙ РОСТА ВОЛОС НА ЗАТЫЛКЕ И НАЛИЧИЕ ДИСГИНЕЗИИ ГОНАД
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА _ С НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ КАРИОТИПОМ _

Дауна; 47 XX или XY, 21+

> Шерешевского-Тернера; 45 ХО

Патау; 47 XX или XY, 13 +

Клайнфельтера; 47 ХХУ

КРОМЕ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ИММЕРСЛУНД-ГРЕСБЕКА
ВЫЯВЛЯЕТСЯ

> протеинурия

гиперпротеинемия

гематурия
гипергликемия

ДЛЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА - КОНОВАЛОВА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
костного мозга и селезенки
сердца и почек
> печени и головного мозга
легких и костей лицевого скелета

ДЕФИЦИТ ФЕРМЕНТОВ ЭРИТРОЦИТОВ НАСЛЕДУЕТСЯ
доминантно
> рецессивно
доминантно сцеплено с полом
аутосомно-доминантно

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН
находящимся под административным арестом
> обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены
признаки временной нетрудоспособности
находящимся под стражей
проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов

ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДО-
СПОСОБНОСТИ ДО _ ДНЕЙ
7
20
> 15
5

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУ-
ЩЕСТВЛЯЕТ
> врачебная комиссия
заведующий отделением
главный врач
комиссия по трудовым спорам

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДО-
СПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15-И ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
> врачебной комиссией медицинской организации
главным врачом медицинской организации
заведующим отделением
заместителем главного врача по КЭР

ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРО-
ГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ
НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
> 4
7
5
6

В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С _
ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

пятнадцатого

десятого

пятого

> первого

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОР-
ГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
выдаётся справка установленного образца

не выдаётся никакой документ

> формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности

выдаётся справка произвольной формы

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАНИН НА МОМЕНТ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУ-
ДОСПОСОБНОСТИ ЗАНЯТ У НЕСКОЛЬКИХ СТРАХОВАТЕЛЕЙ, А В 2-Х КАЛЕНДАР-
НЫХ ГОДАХ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ГОДУ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДО-
СПОСОБНОСТИ БЫЛ ЗАНЯТ У ДРУГИХ СТРАХОВАТЕЛЕЙ, ЕМУ ВЫДАЕТСЯ (ФОР-
МИРУЕТСЯ)

несколько листков нетрудоспособности, для предъявления по каждому месту работы не
зависимо от стажа работы

> один листок нетрудоспособности для предоставления по одному из последних мест ра-
боты по выбору гражданина

два листка нетрудоспособности

один листок нетрудоспособности для предоставления по основному месту работы

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯ-
ЕТСЯ

> временная утрата трудоспособности

прохождение профилактического осмотра

диспансеризация по поводу хронического заболевания

прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО
ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ
ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (В ДНЯХ)

10

> 15

30

5

МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ, НА КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИ-
СТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, СО-
СТАВЛЯЕТ

30

> 15

20

10

ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ПРОТЕЗИ-
РОВАНИЕ В СТАЦИОНАРНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ЛИСТОК

НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) ЭТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА

период протезирования

весь период протезирования и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков

> время проезда к месту протезирования

время проезда к месту протезирования и период протезирования

СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЁТСЯ

выписной эпикриз

листок нетрудоспособности

справка произвольной формы

> справка установленной формы

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ ЮРИДИЧЕСКУЮ, ФИНАНСОВУЮ И

диагностическую

> статистическую

государственную

страховую

ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ

домов отдыха

бюро судебно-медицинской экспертизы

> больниц

подстанций скорой помощи

УРОВНЯМИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

лечащий врач, заведующий отделением, зам. главного врача по КЭР

> лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации

лечащий врач, врачебная комиссия медицинской организации, первичное бюро медико-социальной экспертизы

врачебная комиссия медицинской организации и департамент здравоохранения города

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ГРАНИЦЕЙ _ НА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛЕННОГО В РФ ОБРАЗЦА

после легализованного перевода должны быть заменены

по решению врачебной комиссии могут быть заменены

должны быть заменены

> после легализованного перевода по решению врачебной комиссии могут быть заменены

ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

страховой медицинский полис

медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре

> листок нетрудоспособности

справка установленной формы

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН

> если он является застрахованным
после оперативного вмешательства
при заболевании туберкулезом
во всех случаях нетрудоспособности

ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ (ФОРМИРУЮТ)

> лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
медицинские работники станций переливания крови
медицинские работники скорой помощи

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _ ДНЕЙ

70-80

50-60

60-70

> 85-90

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу

> листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания

листок нетрудоспособности до окончания отпуска
справка установленного образца

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ - ЭТО ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

обеспечения качества и эффективности проводимого лечения

> определения сроков и степени нетрудоспособности пациента

оценки состояния здоровья пациента

установления возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)

ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

8

6

9

> 10

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД

санаторно-курортного лечения и время проезда за вычетом длительности очередного и дополнительного отпусков

санаторно-курортного лечения

> но не более чем на 24 календарных дня
санаторно-курортного лечения и время проезда, но не более, чем на 30 календарных дней

126 СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке
не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях
вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на медико-социальную экспертизу
> вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет
по беременности и родам
> ежегодного оплачиваемого
без сохранения заработной платы

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)

лечащий врач поликлиники
врач-стоматолог
> врач скорой медицинской помощи
лечащий врач медико-санитарной части

РАЗМЕР ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

> длительности страхового стажа
диагноза
членства в профсоюзе

ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

рабочих дней в году
> дней временной нетрудоспособности
выданных листков нетрудоспособности
зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники

ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

медицинская карта стоматологического больного
страховой медицинский полис
> листок нетрудоспособности
листок ежедневного учёта врача-стоматолога

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОРВИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

14 и более
> 4-8
менее 4
8-14

ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ НАПРАВИЛ ЗАПРОС, В КОТОРОМ ПРОСИТ СООБЩИТЬ О ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕГО СОТРУДНИКА, ТО МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

предоставляет информацию в полном объеме

сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней

> не вправе предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина

игнорирует данный запрос

ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ __ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

> 15

20

25.

30

РАБОТНИК УВОЛЕН С ПРЕДПРИЯТИЯ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ. В 18 ЧАСОВ ТОГО ЖЕ ДНЯ ОБРАЩАЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКУ. ВРАЧ КОНСТАТИРУЕТ ВРЕМЕННОЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ. КАКОЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН СФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАТЬ) ВРАЧ?

справку ф. 095/у

справку произвольной формы с указанием времени обращения

> листок нетрудоспособности

никакой

БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

> продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
оформить новый больничный лист

продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления

продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ, СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

5

20

10

> 15

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

25

21

> 15

20

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

свидетельство государственного пенсионного страхования

> документ, удостоверяющий личность
документ о семейном положении
справку с места работы

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ НЕФРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

канальцевого аппарата
клубочкового аппарата
> интерстициальной ткани
мезангиальной ткани

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

желчнокаменная болезнь
> непереносимость йодсодержащего контрастного препарата
вирусный гепатит
непереносимость жиров

ОТСУТСТВИЕ УРОБИЛИНА В МОЧЕ УКАЗЫВАЕТ НА

болезнь Жильбера
> обтурационную желтуху
гемолитическую желтуху
паренхиматозную желтуху (период продрома)

ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА СЧИТАЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ

> миеломной нефропатии
хронического пиелонефрита
анальгетической нефропатии
хронического гломерулонефрита

ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

экскреторную урографию
> нефросцинтиграфию
ретроградную пиелографию
хромоцистоскопию

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АЛЬБУМИНУРИИ НАЗНАЧАЮТ

петлевые диуретики
> ингибиторы АПФ
блокаторы α -адренорецепторов
блокаторы β -адренорецепторов

СТАДИЮ АЛЬБУМИНУРИИ/ПРОТЕИНУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК «НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕННУЮ» ПРИ НАЛИЧИИ ОТНОШЕНИЯ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

300 - 1999
больше 2000
30 - 299
> 10-29

ОБРАЗОВАНИЮ КАМНЕЙ В ПОЧКАХ СПОСОБСТВУЕТ

инфекция мочевых путей
гиперкальциемия
нарушение уродинамики
> гиперурикемия

СТАДИЮ АЛЬБУМИНУРИИ/ПРОТЕИНУРИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК «ОПТИМАЛЬ-
НУЮ» ПРИ НАЛИЧИИ ОТНОШЕНИЯ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

300 - 2999

30 - 299

10-29

> <10

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБ-
РОМУСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> ангиопластика почечной артерии

протезирование с использованием сосудистого аутооттрансплантата

нефрэктомия

нефропексия

УЧАЩЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ МОЧЕ-
ВОГО ПУЗЫРЯ ИЛИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

полиурии

> поллакиурии

анишурии

недержания мочи

КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕРИ-
ЗУЕТ ПРОБА

ортостатическая

> с сухоядением

Зимницкого

Реберга-Тареева

ПРИ ОЛИГОУРИИ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ

80 мл/час

1000 мл/сут

40 мл/час

> 400 мл/сут

ОСНОВНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ, ОТРАЖАЮЩИМИ
ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК, ЯВЛЯЮТСЯ

билирубин и его производные

белок и его фракции

электролиты

> креатинин и мочевины

«СОЛЬТЕРЯЮЩИЙ СИНДРОМ» ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

волчаночным нефритом

амилоидозом почек

> интерстициальным нефритом

хроническим гломерулонефритом

ДЛЯ ОЦЕНКИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК ВЫПОЛНЯЮТ АНАЛИЗ МОЧИ ПО

Аддис-Каковскому

Амбурже

> Зимницкому

Нечипоренко

В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕФРОЛОГОВ РОССИИ 2014 ГОДА, КРИТЕРИЮ А2 СТАДИИ АЛЬБУМИНУРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

10-29

> 30-299

300-1999

<10

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО НЕОБХОДИМО

соблюдать строгую диету с исключением соли

ограничить употребление белковой пищи

ограничить физическую активность

> исключить избыточное потребление жидкости

БОЛЕЗНЬ БЕРЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

артериальная гипертензия и массивная протеинурия

гипопротеинемия и полулуния в клубочках

массивная протеинурия и отложение IgM в клубочке

> гематурия и отложение IgA в клубочке

В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕФРОЛОГОВ РОССИИ 2014 ГОДА, КРИТЕРИЮ А1 СТАДИИ АЛЬБУМИНУРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИН (В МГ/Г)

300-1999

30-299

<10

> 10-29

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

нефротический

> гематурический

смешанный

латентный

ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ

клебсиелла

синегнойная палочка

стафилококк

> стрептококк

ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНА

лихорадочная протеинурия

протеинурия напряжения

ортостатическая протеинурия
> клубочковая протеинурия

НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

нефротическом синдроме
> сочетании нефротического синдрома и артериальной гипертензии
наличии макрогематурии
артериальной гипертензии

КАКОЙ ВАРИАНТ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ?

мембранозный
минимальные изменения клубочков
> мезангиокапиллярный
мезангиопролиферативный

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СЧИТАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ В АНАЛИЗАХ МОЧИ

> протеинурии
лейкоцитурии
бактериурии
гипостенурии

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

инфекционным
> аутоиммунным
наследственным
моногенным

РЕШАЮЩИМИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ суточной протеинурии

> морфологии
экскреторной урографии
ультразвукового исследования почек

ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

неспецифический инфекционно-воспалительный процесс
аутоиммунный (антительный) механизм
атеросклеротическое поражение внутрпочечных артерий
> иммунокомплексный механизм

САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

амилоидоз почек
Ig M-нефропатия
> Ig A-нефропатия
периодическая болезнь

СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА К НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ОТНОСЯТ

фокально-сегментарный гломерулосклероз
минимальные изменения
> мембранопролиферативный (мезангиокапиллярный)
мезангио-пролиферативный

НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕ-
ЛЕМ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ В СТАДИИ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

анализ мочи по Зимницкому
> суточная протеинурия
липидный спектр крови
уровень мочевой кислоты в крови

В ПОЛЬЗУ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

артериальная гипертония, односторонние изменения на урограммах
> отеки, эритроцитурия, повышение артериального давления, высокая плотность мочи
отеки, массивная протеинурия, отсутствие гематурии, гиперлипидемия
отеки, нормальное артериальное давление, низкая плотность мочи

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ГЕПАРИНА НА НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИ-
ЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЮТ (В ЕД)

5000
15000
> 20000
10000

ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮ-
ЧАЮТ

увеличение содержания калия
уменьшение количества жидкости
> уменьшение потребления соли
увеличение количества жидкости

ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭРИТРОЦИТУРИЕЙ И
ОТЕКАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

почечно-каменной болезни
> острого гломерулонефрита
цистита
пиелонефрита

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

смешанная флора
синегнойная палочка
золотистый стафилококк
> энтеробактерия

ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В ОСАДКЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЦИЛИНДРЫ

эпителиальные
восковидные
> гиалиновые
жироперерожденные

ПРИЧИНОЙ ОДНОСТОРОННЕГО СМОРЩИВАНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- > пиелонефрит
- нефроптоз
- гломерулонефрит
- амилоидоз

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОКАЗАНО

- ограничение поваренной соли
- > проведение курсов уросептиков
- проведение курсов глюкокортикостероидов
- ограничение жидкости

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- > антибиотики
- глюкокортикостероиды
- антикоагулянты
- дезагреганты

В ПАТОГЕНЕЗЕ ПИЕЛОНЕФРИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- > нарушение уродинамики
- вирулентность возбудителя
- генетический фактор
- неадекватная антибактериальная терапия

ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ, ВЫЗВАННОМ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ СЧИТАЕТСЯ

- карбенициллин
- > палин
- эритромицин
- оксациллин

УРОВЕНЬ ПРОТЕИНУРИИ _ Г/Л ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА

- 2-3
- 1,5-2
- > до 1
- 3-4

ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ

- синегнойной палочкой
- стафилококком
- стрептококком
- > кишечной палочкой

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, ВЫЗВАННОГО СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- хинолоны 1 поколения
- полусинтетические пенициллины
- цефалоспорины
- > карбенициллины

ПОЗДНИМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

деформация чашечно-лоханочных структур
нарушение кортико-медуллярной дифференциации
> уменьшение размеров почки
снижение эхогенности паренхимы

БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СЛЕДУЕТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В ОТДЕЛЕНИЕ

нефрологическое
терапевтическое
хирургическое
> урологическое

ЛЕЙКОЦИТУРИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ

> пиелонефрите
нефролитиазе
гломерулонефрите
амилоидозе

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

> выявление бактериурии
наличие гематурии
выявление антител к базальной мембране клубочков
наличие протеинурии

ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

> острого пиелонефрита
острого гломерулонефрита
амилоидоза почек
острого цистита

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

L-формами бактерий
протеем
> кишечной палочкой
микоплазмой

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

> протеинурия
изостенурия
артериальная гипертензия
гиперхолестеринемия

ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

артериальной гипертензии, отечного синдрома, гематурии
лихорадки, диспротеинемии, лейкоцитурии
артериальной гипертензии, протеинурии, лейкоцитурии
> отеков, протеинурии, гипоальбуминемии

АНЕМИЯ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ

макроцитарной, гиперхромной, норморегенераторной

нормохромной, дисгемопоэтической, арегенераторной
> микроцитарной, гипохромной, железорезистентной
нормохромной, гемолитической, гиперрегенераторной

НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

миеломная почка
> поликистоз почек
диабетическая нефропатия
гломерулонефрит

ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ИЗМЕНЕНИЯМИ В АНАЛИЗАХ МОЧИ ЯВЛЯЮТСЯ

урикозурия, кристаллы уратов и оксалатов, реакция мочи кислая
белок в незначительном количестве, гемоглобинурия, эритроцитурия
> протеинурия, цилиндрурия, повышение удельной плотности мочи
бактериурия, кетоновые тела, отсутствие эпителиальных клеток

ПРИЧИНОЙ МАССИВНОГО ОТЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОЙ С АГ И СД, ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЕЙ И ГИПЕРХЛЕСТРИНЕМИЕЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

нарушений водно-электролитного баланса
сердечной недостаточности
> нефротического синдрома
гипотиреоза

ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

гиперферментемия и гипербилирубинемия
> гипопротеинемия и гиперлипидемия
кетоацидоз и гиперпротеинемия
гиперфибриногенемия и гиперурикемия

ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРЕН УРОВЕНЬ ПРОТЕИНУРИИ _ Г/СУТКИ

1,0-2,5
> более 3,5
0,3
0,5-1,0

КАКОЙ КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ?

артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, гематурия, цилиндрурия
артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, микроальбуминурия
гипоизостенурия, никтурия, полиурия
> отеки, гипо- и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, массивная протеинурия

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

острого пиелонефрита
двустороннего нефроптоза
хронического интерстициального нефрита
> гломерулонефрита

ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- артериальная гипертензия
- гематурия
- пиурия
- > протеинурия более 3,5 г/сутки

В ЛЕЧЕНИИ ПРОТЕИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТ

- нестероидные противовоспалительные средства
- ингибиторы АПФ и тиазидоподобные диуретики
- > ингибиторы АПФ и диуретики
- белковую пищу с ограничением углеводов

ДИУРЕТИКОМ ВЫБОРА ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- гипотиазид
- верошпирон
- индапамид
- > фуросемид

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ

- > диабетической нефропатии
- узелкового полиартериита
- подагрической нефропатии
- хронического пиелонефрита

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ

- холестерина сыворотки
- креатинина сыворотки
- эритроцитурии
- > протеинурии

ЦИТОСТАТИКИ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НАЗНАЧАЮТСЯ В СЛУЧАЕ выраженной гематурии

- нарушения азотовыделительной функции
- обострения латентной инфекции
- > активности процесса

В РАННЕЙ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- солевых растворов
- плазмозамещающих растворов
- гемодеза
- > фуросемида

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- гиперурикемия
- > гиперкалиемия
- повышение содержания креатинина в крови

повышение содержания мочевины крови

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л

> повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л

высокая гипертензия

анурия

БОЛЬНОМУ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ВЕСЕ 70 КГ, НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ, ОТСУТСТВИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ГИПЕРГИДРАТАЦИИ, ПРИ ДИУРЕЗЕ 200 МЛ/СУТКИ МОЖНО ВВОДИТЬ ЖИДКОСТЬ В КОЛИЧЕСТВЕ ДО (В МЛ)

2000

1700

200

> 700

ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

гиперкалиемия или гипокалиемия

желудочно-кишечные осложнения

> инфекции

сердечно-сосудистые заболевания

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

гломерулярный некроз

папиллярный некроз

> тубулярный некроз

гидронефроз

ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОГУТ ВЫЗВАТЬ

> аминогликозиды

цефалоспорины

оторхинолоны

пенициллины

ПОСТРЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

поражении сосудов почек

> обструкции мочевых путей

действии нефротоксических веществ

травматическом шоке

НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕМЕДЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

гиперурикемия

> гиперкалиемия

повышение концентрации мочевины крови

гиперфосфатемия

ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

влияние нефротоксических веществ
обструкция канальцев кристаллами
> внезапное падение почечного кровотока
острая урогенная инфекция

РЕНАЛЬНАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

поражении сосудов почек
обструкции мочевых путей
> действию нефротоксических веществ

В СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНОМУ УГРОЖАЕТ

> гипокалиемия
отек легких
гипергидратация
уремический перикардит

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ПРЕРЕНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

> тромбозу легочной артерии
лечении цитостатиками лимфопролиферативных процессов
геморагической лихорадке с почечным синдромом

АЦИДОЗ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

дыхательным
кетоновым
> метаболическим
молочнокислым

ПРИ ШОКЕ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

влияние токсических веществ из поврежденных тканей
сопутствующая инфекция
> падение артериального давления
образование комплексов антиген-антитело

ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

сопутствующей инфекцией
метаболическим ацидозом
> падением артериального давления
влиянием токсических веществ поврежденных тканей

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

> эритропоэтина
витамина В12
преднизолона
фолиевой кислоты

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

дислипидемией
уробилинурией
> снижением СКФ
гиперальбуминемией

ТЕМНАЯ ИЛИ ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

повышения уровня непрямого билирубина в крови
нарушения конъюгации билирубина гепатоцитом
повышения уровня прямого билирубина в крови
> задержки выделения урохромов с мочой

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

нарушение всасывания железа
> дефицит эритропоэтина
дефицит фолиевой кислоты
геморрагический синдром

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК СЗА СТАДИИ ПРОТИВОПОКАЗАН

эпаглифлозин
метформин
> глибенкламид
ситаглиптин

ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ДИАГНОСТИРУЮТ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ИЛИ СНИЖЕНИЯ ИХ ФУНКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ (Пороговое значение, в месяцах)

> ≥ 3
 ≥ 12
 ≥ 16
 ≥ 6

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТА С СОХРАННОЙ ИЛИ ПОВЫШЕННОЙ СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ (> 90 МИЛ/МИН/1,73М²) НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ

гиперурикемию в повторных анализах крови
> признаки повреждения почек
единичные бактерии в анализах мочи
единичные цилиндры в анализах мочи

ТЕМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА

повышением непрямого билирубина
повышением прямого билирубина
> нарушением выделения урохромов
нарушением конъюгированного билирубина

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ РАСЧЕТ СООТНОШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ

креатинина/альбумина в утренней разовой порции мочи
креатинина/альбумина в суточной моче

> альбумина/креатинина в утренней разовой порции мочи
общего белка/креатинина в суточной моче

ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

деформация наружного контура почек

> уменьшение размеров почек

нарушение кортико-медуллярной дифференциации почек

гидронефротическая трансформация почек

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

> стойкая азотемия

низкая осмолярность мочи

высокая протеинурия

гиперкалиемия

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ РАЗВИТИЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

тромбоцитоз, увеличение антитромбина III и снижение продуктов деградации фибрина

анемия, гиперкалиемия, снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров

увеличение протромбина и протромбинового индекса, укорочение тромбинового времени

> тромбоцитопения, тромбоцитопатия, удлинение тромбинового времени

НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

гиперкальциемия

> никтурия

азотемия

метаболический ацидоз

ЭРИТРОПОЭТИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРИ

острой почечной недостаточности

> хронической болезни почек

аутоиммунном гемолизе

неконтролируемой артериальной гипертензии

АНЕМИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ _ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

хронической дыхательной

острой сердечной

острой печеночной

> хронической почечной

ТЁМНАЯ И ЖЕЛТОВАТАЯ ОКРАСКА КОЖИ ПРИ ХПН ОБУСЛОВЛЕНА

повышением прямого билирубина

нарушением секреции билирубина

повышением непрямого билирубина

нарушением выделения урохромов

ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

больные хроническими заболеваниями

реконвалесценты острых заболеваний
жители в трудоспособном возрасте
> все жители территории

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

выявление заболевания на ранних стадиях и на предупреждение его прогрессирования, а также возможных осложнений

выявление факторов риска, предупреждение возникновения болезни и устранение её причин

> предотвращение ухудшения течения заболевания, возможных осложнений после того, как болезнь проявилась

формирование здорового образа жизни

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТНОШЕНИИ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА НАПРАВЛЕНА НА

формирование здорового образа жизни на межведомственной основе

> совершенствование системы раннего выявления лиц с высоким и очень высоким риском развития неинфекционных заболеваний

обеспечение стандартов лечения

повышение приверженности пациентов к лечению

ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

снижение летальности

динамика смертности и инвалидизации

увеличение доли здоровых лиц в популяции

> динамика первичной заболеваемости

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПОЛОЖЕНЫ

самостоятельно

> на базе амбулаторно-поликлинических учреждений

на базе федеральных медицинских центров

на базе стационаров

ПРИОРИТЕТОМ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ С ПОЗИЦИЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

интеграция социальных детерминант в работу врача общей практики

интеграция социальных детерминант в национальную систему Роспотребнадзора

> интеграция социальных детерминант в национальную систему эпиднадзора и мониторинга факторов риска и НИЗ

разработка программы скрининга по основным факторам риска и НИЗ

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ОХВАТУ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ В ОПРОСАХ НАСЕЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮТ ОХВАТ

> мужчин, и женщин; всех возрастных групп населения или большей их части

только уязвимых групп населения

пациентов, посещающих лечебно-профилактические учреждения

только социально незащищенных групп населения

О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ занятости койки в стационаре, в который госпитализируется прикрепленное население

текучести кадров

отношения числа пациентов, которым проведена трансплантация почки, к числу нуждающихся

> охвата прикрепленного населения профилактическими медицинскими осмотрами

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

> выявлением и коррекцией факторов риска развития заболеваний

потенциалом здоровья, вовлечением человека в его сохранение, улучшением качества жизни

подходом через здоровые условия на рабочих местах, в учебных учреждениях, в городах и поселках

совершенствованием функционирования социальных институтов

К ПРОКСИМАЛЬНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ДЕТЕРМИНАНТАМ ОТНОСЯТ

системы здравоохранения

общественные транспортные услуги

> досуговые и физкультурно-оздоровительные учреждения вблизи дома

экологические условия

СТРАТЕГИЯ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕНА НА

диспансеризацию населения

профилактические осмотры целевых групп населения

> выявление и коррекцию факторов риска среди населения, формирование здорового образа жизни

повышение приверженности пациентов к лечению

ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

динамика первичной заболеваемости

динамика инвалидности

частота снижения острых заболеваний

> увеличение доли здоровых лиц в популяции

К ОСНОВНОЙ МЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

соблюдение принципов рационального питания

адекватную физическую нагрузку

профилактику стрессовых ситуаций

> борьбу с табакокурением

В КОМПЛЕКС МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДИТ

организация школ здоровья для больных, страдающих хроническими заболеваниями

проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения

проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития

> предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ОТНОСЯЩИХСЯ К

пенсионерам по возрасту

инвалидам по общему заболеванию

участникам боевых действий
> декретированным профессиональным группам

ПРИ КОНТАКТЕ С ВОЛОКНИСТОЙ ПЫЛЬЮ РАЗВИВАЕТСЯ

рак легких
бронхиальная астма
пылевой бронхит
> биссиноз

УВЕЛИЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИ

ревматоидном артрите
циррозе печени
стенокардии напряжения
> бронхиальной астме

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> фибробронхоскопия
рентгенография грудной клетки
бронхография
спирография

МОКРОТА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО

пенистая
слизистая
> двухслойная
серозная

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

> постуральный дренаж
оксигенотерапия
дыхательная гимнастика
классический массаж грудной клетки

БОЛЬНОЙ ВЫДЕЛЯЕТ МОКРОТУ ПО УТРАМ ПОЛНЫМ РТОМ ПРИ

крупозной пневмонии
экссудативном плеврите
бронхиальной астме
> бронхоэктатической болезни

ПЕРКУТОРНО ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ (В МЛ)

> 500
50
100
1000

ОБСТРУКТИВНЫЙ ТИП ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

снижении функции дыхательных мышц
угнетении функции дыхательного центра

уменьшении дыхательной поверхности лёгких
> нарушении проходимости воздухоносных путей

КОЛИЧЕСТВО МОКРОТЫ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ 4 ЛИТРОВ В СУТКИ ПРИ

> абсцессе легкого
остром бронхите
отеке легких
крупозной пневмонии

ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО В МОКРОТЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

эозинофилы
эластические волокна
> пробки Дитриха
спирали Куршмана

КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ
бронхиальной астме

> абсцессе легкого
муковисцидозе
экссудативном плеврите

К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

> атопию
пищевую аллергию
вирусные инфекции
лекарственные препараты

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С В₂-АГОНИСТАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _ ОФВ₁ БОЛЕЕ _ %

приростом; 20
> приростом; 12
снижением; 20
снижением; 12

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОТНОСЯТ

сухие хрипы на вдохе
> сухие хрипы на выдохе
крепитацию
влажные хрипы

ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

> аллергическое воспаление дыхательных путей
гиперпродукция бронхиального секрета
пролиферация эпителия дыхательных путей
десквамация эпителия дыхательных путей

В СООТВЕТСТВИИ С ПРИНЦИПАМИ ТРЕХСТУПЕНЧАТОЙ СХЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ СИЛЬНОЙ БОЛИ (3 СТУПЕНЬ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ

тримепередин, кодеин

нестероидные противовоспалительные препараты
трамадол гидрохлорид, кодеин
> морфин, гидроморфон, оксикадон, бупренорфин

К АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ДАННЫМ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ

> сухие свистящие хрипы
шум трения плевры
крепитацию
влажные разнокалиберные хрипы

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВСКОРЕ ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ СИМПТОМОВ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧАСТО ОБНАРУЖИВАЮТ

> увеличение остаточного объема легких
нормальные значения пика объемной скорости выдоха
снижение диффузионной способности легких
отсутствие изменения пика объемной скорости выдоха после ингаляции бронходилататора

ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

> эозинофилия
тромбоцитоз
лимфоцитоз
нейтрофилез

СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА (OVERLAP) ВКЛЮЧАЕТ СОЧЕТАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И

гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
> хронической обструктивной болезни легких
поливалентной сенсibilизации
аллергического ринита

ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

бронхоэктатическая болезнь
экссудативный плеврит
> аллергический ринит
искривление носовой перегородки

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ

антилейкотриенов
стабилизаторов мембран тучных клеток
> анти-IgE-антител
M-холинолитиков

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ

эуфиллина внутривенно
глюкокортикостероидов внутривенно

ингала через спейсер
> симпатомиметиков через небулайзер

В СОСТАВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ВХОДИТ

бекотид
тайлед
ингал
> теofilлин

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

монотерапию антилейкотриеновыми препаратами
> системные глюкокортикостероиды
бронходилататоры пролонгированного действия при приступах
курсы ингаляционных глюкокортикоидов

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

> ингаляционные глюкокортикостероиды
М-холинолитики
 β 2-агонисты короткого действия
метилксантины

БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

защищенные пенициллины
> глюкокортикостероиды
пролонгированные β 2 агонисты
периферические вазодилататоры

ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие поливалентной сенсibilизации
потребность в назначении ингаляционных глюкокортикоидов
> потребность в препаратах неотложной помощи
наличие факторов риска обострений заболевания

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

использование системных глюкокортикоидов
применение антибиотиков, содержащих в своем составе β -лактамное кольцо, коротким курсом
применение бронходилататоров пролонгированного действия
> ингаляционные глюкокортикостероиды + β 2-агонисты короткого действия по потребности

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЕЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

> ежедневное использование противовоспалительных препаратов
частое применение системных глюкокортикоидов
применение бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами
ежедневные ингаляции β 2-агонистов короткого действия

ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

кромогликат натрия и недокромил натрия
> ингаляционные глюкокортикостероиды
антибиотики
теофиллины

О НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СУДЯТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ

максимальной вентиляции легких
диффузионной способности легких
> соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ
жизненной емкости легких

НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

отек слизистой оболочки бронхов
гипер- и дискриния
бронхоспазм
> склероз стенки бронхов

ПРИЧИНОЙ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

легочная рестрикция
трахеобронхит
пневмония
> бронхиальная обструкция

ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБРАТИМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОБУ С

дозированной физической нагрузкой
бета-блокатором
ингаляцией кислорода
> ингаляцией β 2-адреностимулятора

БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

> спирографии, пневмотахографии
бронхоскопии, ангиопульмонографии
рентгенография легких
исследования газов крови

О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ИНДЕКС ТИФНО (ОФВ1/ФЖЕЛ) (В %)

более 85
90
> менее 70
100

ПРИРОСТ ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 С (ОФВ1) БОЛЕЕ ЧЕМ НА 12% (200МЛ) ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 400 МКГ В-2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА

рестриктивных изменений легочной функции
> обратимой бронхиальной обструкции
гиперреактивности бронхов

необратимой бронхиальной обструкции

РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

индекс Тиффно более 70%

> индекс Тиффно менее 70%

увеличение ОФВ за 1 секунду

увеличение пиковой объемной скорости выдоха

БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПОДТВЕРЖДАЕТ

> индекс Тиффно

остаточный объем легких

резервный объем выдоха

максимальная вентиляция легких

ПРИЧИНОЙ ОБРАТИМОЙ ОБСТРУКЦИИ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ

облитерация дистальных бронхов

> бронхоспазм

склероз и фиброз дистальных бронхов

коллапс крупных бронхов на выдохе

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРИЁМОМ ПРИ МАССАЖЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

растирание

> вибрация

поглаживание

разминание

39ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОКРОТЫ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО

> нейтрофильных лейкоцитов

клеток с признаками атипии

эозинофилов

эластических волокон

ЦИЛИНДРИЧЕСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ В ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В МОКРОТЕ ПРИ

крупозной пневмонии

> остром бронхите

туберкулезе легких

бронхоэктатической болезни

ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ВОЗ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КАШЛЯ НЕ МЕНЕЕ _ МЕСЯЦЕВ В ГОДУ В ТЕЧЕНИЕ _ ЛЕТ ПОДРЯД

6; 2

2; 3

4; 3

> 3; 2

ДЛЯ ОСТРОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНО ПРИСУТСТВИЕ В МОКРОТЕ БОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА

эластических волокон

спиралей Куршмана

> цилиндрического мерцательного эпителия

кристаллов Шарко-Лейдена

МОКРОТА С БОЛЬШИМ СОДЕРЖАНИЕМ МАКРОФАГОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

острого бронхита

> хронического бронхита (профессиональной этиологии)

абсцесса легкого

ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ

крепитацию

шум трения плевры

> сухие хрипы

влажные хрипы

ВЕДУЩЕЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

боль в грудной клетке

кашель с мокротой

> сухой кашель

одышка

СУХОЙ КАШЕЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ОБУСЛОВЛЕН

>повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов

гипертрофией слизистой оболочки бронхов

воспалением слизистой оболочки мелких бронхов

воспалением слизистой оболочки крупных бронхов

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МЕЛКИХ БРОНХОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

кашель с мокротой

> одышка

сильный надсадный сухой кашель

цианоз слизистых губ

УСИЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

интерстициальном отёке легких

> неизменной лёгочной ткани в условиях гипервентиляции

обтурационном ателектазе

ранней стадии пневмонии

О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В МОКРОТЕ

> эластических волокон

большого числа эритроцитов

кристаллов Шарко-Лейдена

большого числа лейкоцитов

УСИЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

эмфиземе легких

утолщении грудной стенки

наличии жидкости или газа в плевральной полости

> уплотнении легочной ткани в результате воспаления легких

ДЫХАНИЕ БИОТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

плавно меняющейся амплитудой дыхательного объема

продолжительным вдохом и коротким выдохом

коротким вдохом и продолжительным выдохом

> частым глубоким дыханием, чередующимся с дыхательными паузами

ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МОКРОТЫ ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО?

цилиндрический эпителий

> частицы некротической ткани

обызвествленные эластические волокна

кристаллы Шарко-Лейдена

ЭТИОЛОГИЮ ФОКУСНОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ ПОЗВОЛИТ УТОЧНИТЬ

цитологическое и гистологическое исследование патологического материала

иммуноферментный анализ крови пациента на наличие антител к туберкулезу

цитологическое и бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза

> гистологическое и бактериологическое исследование патологического материала

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

> компьютерная томография

рентгенография

ультразвуковое исследование

физикальное обследование

ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

по нижнему краю ребра

> по верхнему краю ребра

между ребрами

на середине расстояния между ребрами

САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

> гипервентиляции

очаговом сужении бронхиол при бронхиолите

травме грудной клетки

патологии регуляции дыхательных мышц

ПИКФЛОУМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕМ

объема форсированного выдоха за 1 секунду

максимальной вентиляции легких

жизненной емкости легких

> пиковой скорости выдоха

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ

лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди с иррадиацией в поясничную область
боли в груди колющего характера, затрудненное дыхание, кашель с мокротой и температура

лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка, непосредственно связанная с размером пневмоторакса

> боли в груди, усиливающиеся при вдохе, с иррадиацией в шею, иногда в эпигастральную или поясничную область и одышка

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

сосудистый коллапс

сухой кашель

> боль в груди

легочное кровотечение

ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

бронхиальное дыхание

шум трения плевры

усиление бронхофонии

> ослабленное дыхание

ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

воздушная эмболия

викарная эмфизема

легочное кровотечение

> медиастинальная эмфизема

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

0-18

> 30-40

20-28

45-60

ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

смещение средостения в здоровую сторону

повышение прозрачности легочного поля

> наличие воздуха в плевральной полости

исчезновение сосудистого рисунка

УВЕЛИЧЕНИЕ В ОБЪЕМЕ ОДНОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВОЗМОЖНО ПРИ

> гидротораксе

рубцовом сморщивании легкого или плевры

ненапряженном пневмотораксе

ателектазе

ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА (SpO₂) СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

> 75-89
90-94
>95
<75

ДЛЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНА _
СТАДИЯ

фибропролиферативная
экссудативная
фибротическая
> генерализованная

ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА
(SpO₂) СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

75-89
> <75
>95
90-94

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

химические, пылевые, радиационные поражения
травмы, инсульты, нарушения сосудистого русла
ятрогенная иммуносупрессия, иммунодефицитные состояния
> бактерии, вирусы, хламидии, микоплазмы

К АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

Streptococcus viridans, *Pseudomonas aeruginosa*
> *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*
Streptococcus pneumoniae, *Escherichia coli*
Klebsiella pneumoniae, *Haemophilus influenzae*

САМЫМ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> пневмококк
хламидия
микоплазма
стафилококк

ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ

пневмококком
хламидией
> стафилококком
легионеллой

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

микоплазма
> гемофильная палочка
золотистый стафилококк
пневмококк

У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

микоплазма
легионелла
клебсиелла
> пневмоциста

ВОЗБУДИТЕЛЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Staphiloccocus aureus
> *Legionella*
Streptococcus pneumoniae
Moraxella catarrhalis

НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ (ГОСПИТАЛЬНЫЕ) ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ

> грамотрицательной флорой
легионеллой
пневмококком
вирусами

У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, ЧАЩЕ, ЧЕМ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ

легионеллой
синегнойной палочкой
микоплазмой
> клебсиеллой

КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

фебрильная лихорадка в течение 3 дней
> нестабильная гемодинамика
верхнедолевая локализация поражения
выявленный лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

нормализация температуры в утренние и дневные часы
> нормализация температуры через 48-72 часа
нормализация всех лабораторных показателей
полное рассасывание инфильтрата в легочной ткани

ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> срок 3-4 дня после нормализации температуры
срок 8-10 дней после нормализации температуры
уменьшение кашля и интоксикации
рассасывание пневмонической инфильтрации

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА 2-3 ДЕНЬ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

высокая чувствительность микрофлоры к антибиотику
снижение СОЭ
снижение интенсивности кашля
> частота дыхательных движений менее 20 в минуту

ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
пенициллины
> макролиды
тетрациклины
цефалоспорины

ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРЕКРАЩЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
прекращение кашля
уменьшение интоксикационного синдрома
рассасывание пневмонической инфильтрации
> стойкая нормализация температуры

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИ-БОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
klaritromitsin
> меропенем
ципрофлоксацин
левофлоксацин

К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ТЕРАПИЮ
> антибактериальную
диуретическую
спазмолитическую
иммуносупрессивную

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АТИПИЧНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ
цефалоспорины II-III поколений
> макролиды
пенициллины
защищенные пенициллины

ПРИ НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИН У БОЛЬНОГО НЕТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
эритромицин
доксциклин
цефалексин
> азитромицин

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ПОКАЗАН
> левофлоксацин
гентамицин
ампициллин
цефазолин

НАРУШЕНИЕ ДИФФУЗИИ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
плеврите
отеке гортани
> диффузном фиброзе легких

бронхиальной астме

ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ИНВОЛЮТИВНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ

> деградация эластической ткани легкого
функциональное перенапряжение аппарата дыхания
хроническое заболевание бронхолегочного аппарата
дефицит альфа1-антитрипсина

ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

компрессионном ателектазе
пневмосклерозе
> эмфиземе легких
полости в лёгком, сообщающейся с бронхом

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

иммуномодулирующие препараты
> антифибротические препараты
антибиотики широкого спектра действия
противовоспалительные препараты

БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОГРАНИЧЕНИЕ ЕЁ ПОДВИЖНОСТИ ПРИ ДЫХАНИИ, ОДЫШКА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАСТЫМИ ПРИЗНАКАМИ

острого бронхита
пневмонии
> эмфиземы лёгких
острого респираторного заболевания

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

карциноме легких
бронхиальной астме
> ХОБЛ
долевой пневмонии

ОСЛАБЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

артериальной гипертензии
стенозе аортального клапана
недостаточности митрального клапана
> эмфиземе легких

ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ

хроническое заболевание бронхолегочного аппарата
функциональное перенапряжение аппарата дыхания
> дефицит альфа1-антитрипсина
возрастная инволюция эластической ткани легких

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ПРЕОБЛАДАЕТ

гнойная мокрота в большом количестве
длительная и рецидивирующая лихорадка

бледно-розовая сыпь в области суставов
> прогрессирующая одышка

У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ПРИ СПИРОМЕТРИИ
ВЫЯВЛЯЮТ

> рестриктивные нарушения
изменения только индекса Тиффно
смешанные изменения
обструктивные нарушения

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ
ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

длительное течение заболевания
 $PaO_2 < 70$ мм.рт.ст.
обострение заболевания
> $PaO_2 \leq 55$ мм.рт.ст.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ТИФФНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУК-
ТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СОСТАВЛЯЕТ < (В %)

> 70
50
80
60

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

бронхоскопия
> спирометрия
компьютерная томография
пикфлоуметрия

В ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ

антибактериальные препараты
> бронходилататоры
отхаркивающие препараты
ингаляционные глюкокортикостероиды

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БО-
ЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгенография органов грудной клетки
бронхоскопическое исследование
> исследование функции внешнего дыхания
анализ мокроты

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ХОБЛ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ С РЕДКИМИ ОБОСТРЕНИ-
ЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

> длительно действующие β_2 -агонисты или антихолинергики
теofilлины
короткодействующие антихолинергики «по требованию»
короткодействующие β_2 -агонисты «по требованию»

ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ
ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ

ФЖЕЛ
МВЛ
> ОФВ1
ПСВ25-75

ДЛЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ СТАДИИ ХОБЛ (СПИРОМЕТРИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ) ХАРАКТЕРНО ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (В %)

> 50-80
>80
30-50
<30

ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

слабость
> одышка
лихорадка
головная боль

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ _ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И _ ОБОСТРЕНИЯХ

> III-IV; частых
I-II; редких
I-II; частых
III-IV; редких

АКАРБОЗА ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА

Бигуанидов
> ингибиторов альфа-глюкозидаз
ингибиторов дипептидилпептидазы-4
ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

МЕТФОРМИН ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА

тиазолидиндионов
> бигуанидов
ингибиторов дипептидилпептидазы-4
ингибиторов альфа-глюкозидазы

ПРИ ИСХОДНОМ ЗНАЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА 6,5-7,5% НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ РЕКОМЕНДОВАНО С

интенсифицированной инсулинотерапии
> монотерапии (метформин, ингибиторы ДПП-4 или аналог ГПП-1)
комбинации 3 сахароснижающих препаратов, включая базальный инсулин
комбинации 2 сахароснижающих препаратов, включая базальный инсулин

К ПРИОРИТЕТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОТНОСИТСЯ

пиоглитазон
> метформин
глимепирид

глибенкламид

ПРИ ВЫБОРЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

наличие сахарного диабета у родственников
характер сахароснижающей терапии
> возраст пациента
длительность течения сахарного диабета

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

прогрессирование сердечной недостаточности
повышение уровня артериального давления
> прибавка массы тела
прогрессирование печеночной недостаточности

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> альбуминурия
микрогематурия
макрогематурия
лейкоцитурия

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

сахарный диабет 1 типа
> сахарный диабет 2 типа
выраженная инсулинорезистентность
ожирение

ПЕРСПЕКТИВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

> ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4)
препараты инсулина
производные сульфонилмочевины
глиниды

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ВОЗНИКАЮТ ПРИ прогрессивном снижении 1 фазы секреции инсулина

> деструкции критической массы β -клеток
появление аутоантител к островковым клеткам
деструкции менее 50% β -клеток

ВЫСОКАЯ ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ (1030 И ВЫШЕ) ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

хронического нефрита
несахарного диабета
пиелонефрита
> сахарного диабета

ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

появление симптома «медной и серебряной проволоки»
> образование фиброзной ткани и неоваскуляризация сетчатки
развитие тромбоза центральной артерии
развитие периферической хореоретинальной дистрофии сетчатки

ДИАГНОЗ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА (В %)

> $\geq 6,5$
 $\geq 7,0$
 $\geq 6,0$
 $\geq 6,8$

ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО большое количество твердых и «ватных» экссудатов
множество мелких интравитреальных геморрагий и микроаневризм
образование фиброзной ткани и неоваскуляризация
> образование витреоретинальных шварт с тракционным синдромом

ДЛЯ ПРЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО образование витреоретинальных шварт с тракционным синдромом
развитие вторичной рубцовой глаукомы
> большое количество твердых и «ватных» экссудатов
образование фиброзной ткани и неоваскуляризация

ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ СВОЙСТВЕННЫ нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации
гематурия и гиперазотемия
> микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация
протеинурия и артериальная гипертензия

К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА ИЗ ГРУППЫ БИГУАНИДОВ ОТНОСЯТ

> метформин
глимепирид
репаглинид
ситаглиптин

ДЛЯ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО большое количество интравитреальных микрососудистых аномалий
образование витреоретинальных шварт с тракционным синдромом
> множество мелких интравитреальных геморрагий
образование фиброзной ткани и неоваскуляризация

В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА ИЗ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БИГУАНИДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

ситаглиптин
глимепирид
> метформин
репаглинид

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА СТАДИИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ

аспирин
антагонисты кальция
b-блокаторы
> ингибиторы АПФ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У ПАЦИЕНТА 30 ЛЕТ БЕЗ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА И РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ГИПОГЛИКЕМИЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В %)

> 6,5
7,5
8,0
7,0

ИНСУЛИН КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА ОБЫЧНО ВВОДИТСЯ

за 1 час до еды
> за 30-40 минут до приема пищи
непосредственно до или сразу после приема пищи
за 10-15 минут до приема пищи

ДЛЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА ХАРАКТЕРНО

снижение потребности в инсулине при травме
отсутствие склонности к кетоацидозу
> острое начало заболевания
наличие инсулинорезистентности

РАННИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

кетонурия
> исчезновение ранней фазы секреции инсулина
наличие частых эпизодов гипогликемии в ночное время
высокий уровень глюкозы натощак

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

бета-адреноблокаторов
глюкорортикоидов
тионамидных препаратов (пропилтиоурацил или тиамазол)
> левотироксина натрия

ПРИ МАНИФЕСТНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ, РАЗВИВШЕМСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ _ В _ ДОЗЕ

левотироксина; супрессивной
калия иодида; профилактической
калия иодида; терапевтической
> левотироксина; заместительной

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

аналогов соматостатина
аналогов амилина
> глюкокортикоидов

препаратов йода

УСИЛЕНИЕ I ТОНА СЕРДЦА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

ожирении

эмфиземе

артериальной гипотонии

> тиреотоксикозе

ПЕРВИЧНЫЙ МАНИФЕСТНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _ ТТГ И _ Т4 СВОБОДНОГО

повышением; нормальным уровнем

> повышением; снижением

снижением; снижением

повышением; повышением

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ 2001 Г. ЗОБ 2 СТЕПЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ

в щитовидной железе нормального объема по данным УЗИ выявляются множественные узловые образования;

щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи, но в одной из долей пальпируется узловое образование диаметром около 1 см;

объем каждой доли не превышает размер дистальной фаланги большого пальца кисти обследуемого;

> увеличенная щитовидная железа видна при нормальном положении шеи;

ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

поджелудочной железы

> щитовидной железы

дыхательной системы

надпочечников

ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ _ УРОВНЯ ТТГ, _ КОНЦЕНТРАЦИИ ТИРОКСИНА, ТРИЙОДТИРОНИНА

снижение; повышение

снижение; снижение

> повышение; снижение

повышение; повышение

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

> гипотиреоза

целиакии

тиреотоксикоза

синдрома короткой тонкой кишки

К ОСНОВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

> ультразвуковое исследование

определение поглощения радиоактивного йода щитовидной железой

сканирование щитовидной железы

определение тиреоидных гормонов в крови

ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- > сухость кожных покровов
- общий гипергидроз
- дрожание конечностей, мышечная слабость
- постоянное сердцебиение

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- диффузное увеличение щитовидной железы;
- подтверждение диагноза аутоиммунного тиреоидита;
- наличие «горячего узла» по результатам скинтиграфии щитовидной железы;
- > узловое образование в ткани щитовидной железы более 1 см;

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

- сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела;
- утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы;
- > тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение;
- гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии;

НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- > скинтиграфия щитовидной железы
- гормональное исследование
- тонкоигольная аспирационная биопсия
- УЗИ щитовидной железы

ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ТИРЕОИДИТА

- цитокин-индуцированного
- послеродового
- острого гнойного
- > подострого

УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

- всем беременным женщинам, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита
- всем детям, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита
- > при выявлении пальпируемого образования в проекции железы
- всем пациентам старше 50 лет

ДЛЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТИРЕОИДИТА ХАРАКТЕРНО

- > снижение захвата радиофармпрепарата по данным скинтиграфии щитовидной железы
- повышение титра антител к рецептору ТТГ
- повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе
- преимущественное повышение трийодтиронина

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- увеличение щитовидной железы
- > брадикардия
- снижение массы тела
- тахикардия

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

> значительное повышение титра антител к микросомальной фракции клеток щитовидной железы;
увеличение СОЭ
увеличение шейных лимфатических узлов
лихорадка

ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В

> год
полгода
1 месяц
2-3 месяца

ДЛЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ХАРАКТЕРНО _ Т3, Т4 И _ ТТГ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

снижение; снижение
повышение; повышение
> повышение; снижение
снижение; повышение

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАРУШЕНИЕМ ЕЁ ФУНКЦИИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

лидокаина
верапамила
> амиодарона
хинидина

АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТТГ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ

> диффузного токсического зоба
цитокин-индуцированного тиреоидита
хронического аутоиммунного тиреоидита
послеродового тиреоидита

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТИРЕОЗА ПРИМЕНЯЮТ

препараты йода
мерказолил
> тироксин
пропилтиоурацил

НАЛИЧИЕ ЗОБА У ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В ОДНОЙ ОБЛАСТИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК _ ЗОБ

диффузный токсический
спорадический
>эндемический
эпидемический

ЛИРАГЛУТИД 3,0 МГ В СУТКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

ингибиторов кишечной липазы

антагонистов эндоканабиондных рецепторов
ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина
> аналогов глюкагоноподобного пептида-1

БОЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИНИМАТЬ ПИЩУ РАЗА/РАЗ В
СУТКИ

4
1-2
> 5-6
3

ОЖИРЕНИЕ 2 СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА (В КГ/М²)

30,0-34,9
18,5-24,9
25,0-29,9
> 35,0-39,9

К ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТАМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

> висцеральное ожирение, артериальную гипертензию, нарушение углеводного обмена, дислипидемию;

висцеральное ожирение, артериальную гипертензия, отечный синдром, сахарный диабет; артериальную гипертензию, экзогенно-конституциональное ожирение, микроальбуминурию, поликистоз почек;

нарушение толерантности к глюкозе, кардиомиопатию, нефропатию, дислипопротеинемию;

К ФАКТОРАМ РИСКА, ПРОВОЦИРУЮЩИМ РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОГО ОЖИРЕНИЯ, ОТНОСИТСЯ

вирусная инфекция
> дисбаланс между поступлением и расходом энергии
опухоль головного мозга
тяжелый физический труд

ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ ЦЕЛЕВЫЕ
УРОВНИ ДОСТИЖЕНИЯ ПО ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ СОСТАВЛЯЮТ ≤ _ СМ

86
80
102
> 94

ДИАГНОЗ ОЖИРЕНИЯ I СТЕПЕНИ СТАВИТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ ИНДЕКСА МАССЫ
ТЕЛА БОЛЕЕ

35
28
25
> 30

СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНА РОСТА УГНЕТАЕТСЯ ПРИ

> ожирении
неврогенной анорексии
стрессе
хронической почечной недостаточности

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК СООТНОШЕНИЕ

массы тела в кг к росту в метрах

> массы тела в кг к росту в м²

роста в см к массе тела в кг

массы тела в кг к росту в см²

ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ 1997 ГОДА ДИАГНОСТИКА ОЖИРЕНИЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ОЦЕНКЕ

соотношения окружности талии к окружности бедер

> индекса массы тела

массы тела

окружности талии

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН БЕЛОЙ РАСЫ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ БОЛЕЕ (ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ В СМ)

94

90

> 80

92

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНГИБИТОР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЛИПАЗ

изолипан

> орлистат

сIBUTрамин

бисакодил

ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ

35

30

> 25

20

ВТОРИЧНОЕ ОЖИРЕНИЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

надпочечниковой недостаточности

> гипотиреозе

феохромоцитоме

тиреотоксикозе

ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К ОБРАЗОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ (В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ), ЯВЛЯЕТСЯ

хронический панкреатит

мужской пол

язвенная болезнь

> ожирение

ДЛЯ ГИНОИДНОГО ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

равномерное отложение жира на теле

> отложение жира на бедрах и ягодицах

отложение жира на животе и худых конечностях

отложение жира на лице «матронизм» и ягодицах

1-Я СТЕПЕНЬ ОЖИРЕНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ ИМТ СОСТАВЛЯЮЩЕМ (В КГ/М²)

более 40

25-29,9

35-39,9

> 30-34,9

К РАЗВИТИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ ТИП ОЖИРЕНИЯ

кушингоидный

> андроидный

с равномерным распределением подкожно-жировой клетчатки

гиноидный

2-Я СТЕПЕНЬ ОЖИРЕНИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ ИМТ СОСТАВЛЯЕТ (В КГ/М²)

30-34,9

более 40

25-29,9

> 35-39,9

ДЛЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

равномерное отложение жира на теле

> отложение жира на животе и тонких конечностях

наличие стрий на коже

отложение жира на лице «матронизм»

СЕКРЕЦИЮ ПРОЛАКТИНА ПОДАВЛЯЕТ

> бромкриптин

церукал

амитриптилин

циметидин

К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТИРЕОСТАТИКОВ ОТНОСИТСЯ

глюкозурия

> агранулоцитоз

микроальбуминурия

лейкоцитоз

К ИНДИВИДУАЛЬНЫМ МЕРАМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСИТСЯ

> ежедневный прием йодида калия

употребление йодированной соли

ежедневный прием левотироксина

употребление йодированного хлеба

ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ АКРОМЕГАЛИИ ПРИМЕНЯЮТ

> аналоги соматостатина

соматостатин

антагонисты дофамина

дофамин

ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ПОВЫШЕН

альдостерон

тиреотропный гормон

> адренкортикотропный гормон

соматотропный гормон

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ПРИ КОРОТКОЙ (МЕНЕЕ ОДНОГО ЧАСА) ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

приступать к нагрузке только при гликемии более 13,0 ммоль/л

уменьшить дозу продленного инсулина

съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов

> съесть перед началом физической нагрузки 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов

ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРА-ГАНГЛИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР

изолированного систолического

> кризового

с асимметрией на верхних и нижних конечностях

изолированного диастолического

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ МЕТАБОЛИТОМ КАТЕХОЛАМИНОВ В МОЧЕ ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА

фенилпировиноградная

пировиноградная

> ванилилминдальная

гамма-оксимасляная

КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АГ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ТАХИКАРДИЕЙ, ПОТЛИВОСТЬЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ

гиперплазии коры надпочечников

> феохромоцитоме

рениноме

альдостероме

КРИЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ АГ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

> феохромоцитомы

синдрома Кона

синдрома Иценко-Кушинга

акромегалии

ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ

коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией альдостерона

коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией кортизола

гипофиза с гиперсекрецией АКТГ

> мозгового слоя надпочечников с гиперпродукцией катехоламинов

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СИЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ПОТЛИВОСТЬЮ И СЕРДЦЕБИЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

гипотериоза

> феохромоцитомы

коарктации аорты
реноваскулярной гипертонии

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОННА ЯВЛЯЕТСЯ

антагонист кальция
антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензину II
бета-адреноблокатор
> антагонист альдостерона

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СИНДРОМА КОННА ЯВЛЯЕТСЯ

развитие метаболического ацидоза
снижение уровня глюкозы крови
повышение уровня мочевой кислоты
> снижение уровня калия < 3 ммоль/л

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПЛАЗМЫ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ НАГРУЗКИ ГЛЮКОЗОЙ В
ХОДЕ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ЗДОРОВОГО ЧЕЛО-
ВЕКА СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

8,5
11,1
> 7,8
10,0

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧ-
НОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

пангипопитуитаризм
туберкулез
адренолейкодистрофия
> аутоиммунный адреналит

ПОД СИНДРОМ КОННА ПОНИМАЮТ

вторичную недостаточность коры надпочечников вследствие дефицита АКТГ
вторичный (гиперренинемический) гиперальдостеронизм
первичную хроническую недостаточность коры надпочечников
> первичный (гипоренинемический) гиперальдостеронизм

ПОЛИУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ

цистита
острой почечной недостаточности
> несахарного диабета
гломерулонефрита

НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА ПОСЛЕ ОРАЛЬНОГО ГЛЮ-
КОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В ММОЛЬ/Л)

> 7,8
8,0
7,0
11,1

ГИПЕРПРОДУКЦИЯ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА (СТГ), ВОЗНИКАЮЩАЯ НА
ЭТАПЕ ЗАКОНЧЕННОГО ЛИНЕЙНОГО РОСТА, ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ
гигантизма

несахарного диабета
> акромегалии
гипопитуитаризма

ТОРАСЕМИД ЯВЛЯЕТСЯ ДИУРЕТИКОМ

> петлевым
ингибирующим карбонатгидразу
осмотическим
тиазидным

К СРЕДСТВАМ С ИНКРЕТИНОВОЙ АКТИВНОСТЬЮ ОТНОСЯТ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ

глитазонов
> глиптинов
бигуанидов
глинидов

НАЗНАЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ

лихорадочный синдром
> артериальную гипертензию
тошноту и рвоту
тромбоцитопению

К СЕКРЕТАГОГАМ ОТНОСЯТ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ

глитазонов
глиптинов
> глинидов
бигуанидов

РЕПАГЛИНИД ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА

тиазолидиндионов
> меглитинидов
производных сульфонилмочевины
бигуанидов

ЭКСЕНАТИД ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

> агонистов рецепторов ГПП-1
ингибиторов НГЛТ-2
ингибиторов ДПП-4
производных сульфонилмочевины

ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФОНИЛМОЧЕВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

> стимуляция секреции инсулина
замедление всасывания глюкозы в кишечнике
снижение периферической инсулинорезистентности
подавление глюконеогенеза в печени

ЛИНАГЛИПТИН ОТНОСИТСЯ К ПЕРОРАЛЬНЫМ САХАРОСНИЖАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КЛАССА

бигуанидов

ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
ингибиторов альфа-глюкозидаз
> ингибиторов дипептидилпептидазы-4

К БИГУАНИДАМ ОТНОСИТСЯ

репаглинид
глибенкламид
пиоглитазон
> метформин

ИЗ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ПОДХОДИТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СВЯЗИ С ВЫРАЖЕННЫМ НЕЙРОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

трамадол
бупренорфин
> промедол
омнопон

К КАЛИЙСБЕРЕГАЮЩИМ ДИУРЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

гидрохлортиазид
индапамид
> триамтерен
торасемид

ГРУППОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ЗАМЕДЛИТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ЯВЛЯЮТСЯ

> ингибиторы АПФ
альфа-адреноблокаторы
петлевые диуретики
бета-адреноблокаторы

ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТА ВКЛЮЧАЕТ

цитостатик + гепарин + курантил + эуфиллин
> преднизолон + цитостатик + гепарин + курантил
индометацин + гепарин + курантил + эуфиллин
преднизолон + гепарин + курантил + диуретик

САНДОСТАТИН ЛАР ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

ингибиторов соматолиберина
> аналогов соматостатина
агонистов дофамина
антагонистов рецепторов соматотропного гормона (СТГ)

МИШЕНЬЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГИДРОХЛОРОТИАЗИДА ЯВЛЯЕТСЯ

проксимальный извитой каналец
> дистальный извитой каналец
собирающая трубочка
восходящая часть петли Генле

ЗАПОР МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ ПРИЕМЕ

антибиотиков
> антидепрессантов

лактолозы

гормонов щитовидной железы

ФУРОСЕМИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ В ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНАХ

> восходящей части петли Генле

собирательных трубочек

дистального извитого канальца

проксимального извитого канальца

АКАРБОЗА ПРИНАДЛЕЖИТ К ПРЕПАРАТАМ ИЗ ГРУППЫ

аналогов глюкагоноподобного пептида-1

> ингибиторов α-глюкозидазы

аналогов меглитинида

производных сульфонилмочевины

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

> тиамазол

тироксин

кортизол

атенолол

ПРЕПАРАТАМИ, К КОТОРЫМ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЕРАНТНОСТЬ, ЯВЛЯЮТСЯ

ингибиторы АПФ

антикоагулянты

антагонисты кальция

> нитраты

К СЛАБЫМ ОПИОИДАМ ОТНОСЯТСЯ

просидол и кодеин

промедол и трамадол

комбинированные препараты, содержащие кодеин

> трамадол и кодеин

ВЫСШАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ОМНОПОНА

не существует

составляет 160 мг

> определяется выраженностью болевого синдрома

составляет 60 мг

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ТТС (ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ)

фентанила и трамадола

> фентанила и бупренорфина

морфина и фентанила

морфина и бупренорфина

ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ФОРМ ТТС (ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СИСТЕМ) ОПИОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ

> составляет 72 часа

подбирается индивидуально

определяется длительностью обезболивающего эффекта

составляет 24 часа

ВЫСШАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА МОРФИНА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

составляет 60 мг

- > определяется выраженностью болевого синдрома
- рассчитывается на 1 кг массы тела пациента
- составляет 160 мг

ВЫСШАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ТРАМАДОЛА

составляет 600 мг

составляет 800 мг

- > определяется выраженностью болевого синдрома
- составляет 400 мг

АЦЕТАЗОЛАМИД ОКАЗЫВАЕТ ДЕЙСТВИЕ В ПОЧЕЧНЫХ НЕФРОНАХ

- > проксимального извитого канальца

восходящей части петли Генле

собирательных трубочек

дистального извитого канальца

МОНТЕЛУКАСТ ЯВЛЯЕТСЯ

агонистом β_2 -адренорецепторов

M-холинолитиком

ингаляционным глюкокортикостероидом

- > блокатором лейкотриеновых рецепторов

КЕТОКОНАЗОЛ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

сахарном диабете

- > надпочечниковой недостаточности

ожирении

хроническом аутоиммунном тиреоидите

К ИНГИБИТОРАМ ТИРОЗИНКИНАЗЫ БРУТОНА ОТНОСЯТ

дазатиниб

- > ибрутиниб

деносуаб

иматиниб

ПЕРИОДОМ ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ($T_{1/2}$) ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕМЯ

достижения органа-мишени 50% введенной дозы

снижения концентрации в моче на 50%

достижения максимальной концентрации в плазме крови

- > снижения концентрации в плазме крови на 50%

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АКАРБОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

выраженная постпрандиальная гипергликемия - гликемия после еды;

сахарный диабет 1 типа;

гипертриглицеридемия на фоне нормогликемии при соблюдении строгой диеты и комплаентности терапии;

- > хроническое заболевание кишечника с заметными нарушениями пищеварения и всасывания

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ОТМЕНЫ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

обострение имеющихся ранее заболеваний

- > нарушение циркадианного ритма сон-бодрствование
- снижение клеточной защиты слизистой ротовой полости
- появление галлюцинаций, опасных для жизни

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

липидный профиль, иммунологический и серологический анализы крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии;

комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции);

гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования;

- > трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии

К ПРЕПАРАТАМ С МОНОСОДЕРЖАНИЕМ 5-АМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСЯТ

- адалimumаб
- сульфасалазин
- фталазол
- > месалазин

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ТАХИКАРДИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- > недигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-адреноблокаторы
- петлевые диуретики

ФИБРИНОЛИЗ ПОДАВЛЯЕТ

- гепарин
- клопидогрель
- пентоксифиллин
- > эписилон-аминокапроновая кислота

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ФУРОСЕМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- хроническая надпочечниковая недостаточность
- хроническая сердечная недостаточность
- острое проявление бронхообструктивного синдрома
- > острая обтурационная задержка мочи

К ГРУППЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

- бупренорфин
- > тизанидин
- трамадол

парацетамол

ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

ацикловир

> флуконазол

осельтамивир

амоксициллин

БОЛЬНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С УМЕРЕННОЙ КИСЛОРОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

> дыхание кислородом через носовые катетеры

подачу увлажненного кислорода через трахеостому

дыхание увлажненным кислородом через мундштук

оксигенотерапию в виде коктейля

ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ РИФАМПИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ

язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

сахарный диабет II- типа

врожденная катаракта

> нарушение функции печени

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ ДОБАВЛЯЮТ _ К КОТОРОМУ/КОТОРЫМ СОХРАНЕНА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

три препарата основного ряда

один препарат резервного ряда

один препарат основного ряда

> два и более препаратов

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СЧИТАЮТСЯ

протионамид и этионамид

стрептомицин и канамицин

этамбутол и пипразинамид

> изониазид и рифампицин

ВТОРИЧНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

> в процессе неадекватной химиотерапии больного к назначенным препаратам через определенный срок от начала лечения;

у больных рецидивами туберкулеза легких, не выделяющих микобактерии туберкулеза;

при спонтанных мутациях микобактерий туберкулеза в результате длительного воздействия противотуберкулезных лекарственных средств;

у больных туберкулезом легких, не принимавших противотуберкулезные препараты, в мокроте которых обнаружены лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза;

К ПОЗДНО ВЫЯВЛЕННОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

очаговый

> фиброзно-кавернозный

диссеминированный

инfiltrативный

РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

болью в области позвоночника при ходьбе

ограничением подвижности в области позвоночника

нарушением функции тазовых органов

> болью в области позвоночника в покое

ДУХСТОРОННЕЕ ОЧАГОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ

фиброзно-кавернозный

инfiltrативный

> диссеминированный

очаговый легких

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРОВОДЯТ С

> лимфогранулематозом

миелолейкозом

скарлатиной

ветряной оспой

К ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

гуморальный иммунитет

клеточно-гуморальный иммунитет

> клеточный иммунитет

фактор неспецифической защиты

К ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТНОСЯТСЯ

подростки

> мужчины

женщины

пожилые люди

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ С

крупозной пневмонией

туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов

саркоидозом легких и внутригрудных лимфоузлов

> распадающимся раком легкого

ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВКЛЮЧАЕТ БОЛЬНЫХ

> язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

переболевших острым респираторным заболеванием
кишечной инфекцией
рематоидным артритом

К ОСНОВНОМУ ИСТОЧНИКУ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОТНОСЯТ

> больного открытой формой туберкулеза легких
больного внелегочными формами туберкулеза
человека, инфицированного микобактерией туберкулеза
больного закрытой формой туберкулеза легких

НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА ИГРАЮТ МИКОБАКТЕРИИ

бычьего типа
птичьего типа
> человеческого типа
атипичные

К МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТ

тиреотоксикоз
ревматоидный артрит
> сахарный диабет
хронический тонзиллит

К ЧАСТЫМ ЛОКАЛИЗАЦИЯМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ МИЛИАРНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОТНОСЯТСЯ

> легкие и печень
печень и селезенка
легкие и селезенка
селезенка и почки

К СЕГМЕНТАМ ЛЕГКИХ, КОТОРЫЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ВЗРОСЛЫХ, ОТНОСЯТ

> первый, второй, шестой
третий, девятый, десятый
пятый, седьмой, восьмой
третий, четвертый, пятый

НАЛИЧИЕ КАЛЬЦИНАТОВ ВО ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ УКАЗЫВАЕТ НА

сохранение активности туберкулезных изменений
ранее перенесенный туберкулезный процесс
потерю активности туберкулезного процесса
переход туберкулезного процесса в хроническую стадию

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

> гиперчувствительностью замедленного типа
гиперчувствительностью немедленного типа
антителообразованием
развитием толерантности

ПЕРВИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАЗЫВАЮТ

> заболевание ранее неинфицированного человека
заболевание человека с положительной реакцией Манту
впервые выявленные туберкулезные изменения в легких
заболевание человека, имеющего контакт с больным туберкулезом

У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С

вторичным периодом туберкулезной инфекции
наличием наследственной патологии легких
> первичным периодом туберкулезной инфекции
наличием дисбиоза кишечника

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С ЖАЛОБАМИ НА

одышку, головную боль
> кашель с мокротой, потливость, потерю массы тела
слабость, тяжесть за грудиной
приступообразный сухой кашель, затрудненный выдох

К ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЙ РЕЗЕРВУАР ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

> фиброзно-кавернозный
инфильтративный
цирротический
диссеминированный

ПРИ ОСТРОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПЛЕВРИТЕ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

геморрагическая
> серозная
гнойная
хилезная

В ЛИКВОРЕ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ МОЗГА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

снижение уровня глюкозы
нейтрофильный плеоцитоз
> белково-клеточная диссоциация
множество эритроцитов

СТРУЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ

> передозировке верапамила с артериальной гипотензией
массивной кровопотере
желудочковой пароксизмальной тахикардии
фибрилляции желудочков

ПОСЛЕ ЭВАКУАЦИИ 5 И БОЛЕЕ ЛИТРОВ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ВНУТРИВЕННО ВВЕСТИ АЛЬБУМИН ИЗ РАСЧЕТА _ ГР НА 1 ЛИТР УДАЛЕННОЙ ЖИДКОСТИ

1

10

15

> 8

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

введение витаминов группы В и С

дыхание «изо рта в рот»

> интубация трахеи и ИВЛ

введение дыхательных аналептиков

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДВУМЯ ЛЮДЬМИ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ _ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА _ ВОЗДУХА В ЛЕГКИЕ

20; 1 вдувание

> 30; 2 вдувания

5; 1 вдувание

10; 1 вдувание

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

энтеральное

внутрисердечное

внутритрахеальное

> внутривенное в одну из крупных вен

ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ МАССАЖУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

остановка сердца

отсутствие сознания

остановка дыхания

> остановка кровообращения, развившаяся при торакальных, либо внутрибрюшных операциях

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

> переливание эритроцитарной массы

переливание свежзамороженной плазмы

введение глюкокортикостероидов

проведение плазмафереза

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

сужение зрачков

наличие трупных пятен

> появление пульса на сонной артерии

уменьшение цианоза кожи

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ __ В 1 МИНУТУ

10-20

40-50

60-70

> 100-120

ПРЕДСИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ, СЛАБОСТЬЮ, БЛЕДНОСТЬЮ, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ПРЕДШЕСТВУЕТ

потере сознания при эпилептических припадках

обмороку при ортостатической гипотонии

> вазодепрессорному обмороку

обмороку при синдроме Морганьи - Эдемса – Стокса

К ПРЕПАРАТАМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ОТНОСЯТ

преднизолон

> эпинефрин

антагонисты кальция

сердечные гликозиды

МОМЕНТОМ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ МОМЕНТ

трупного окоченения

> смерти его мозга или его биологической смерти

остановки дыхания в течение 20 минут

остановки сердцебиения в течение 20 минут

ПОД СИНКОПАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОНИМАЮТ

обратимую потерю сознания вследствие эпилептического припадка или психогенной причины

> преходящую потерю сознания вследствие общей гипоперфузии головного мозга

преходящую потерю сознания вследствие травматического повреждения головного мозга

глубокое угнетение функции ЦНС вследствие экзогенной интоксикации

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ СО СНИЖЕНИЕМ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ, СНИЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТАХИКАРДИЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

декомпенсации хронического легочного сердца

кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови

тромбоэмболии легочной артерии

> кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОМЫ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО ОСНОВАНА НА

оценке хоботкового рефлекса

оценке адекватности функции внешнего дыхания

> активности пациента, возможности контакта с ним, открывании глаз

оценке размера зрачка и его реакции на свет

ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НЕ РЕАГИРУЕТ НА СЛОВЕСНЫЕ ОБРАЩЕНИЯ, ПРИ СИЛЬНОМ БОЛЕВОМ РАЗДРАЖЕНИИ ОБЛАСТИ НОСОГЛОТКИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ТОНИЧЕСКИЕ СГИБАТЕЛЬНЫЕ И РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ В КОНЕЧНОСТЯХ, ДЫХАНИЕ СОХРАНЕНО, ТО

ГЛУБИНУ ОБЩЕМОЗГОВЫХ РАССТРОЙСТВ СЛЕДУЕТ ОЦЕНИТЬ КАК

> кома

смерть мозга

оглушение

сопор

ПРИ ШОКЕ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА
острой надпочечниковой недостаточностью
сопутствующей инфекцией
> артериальной гипотензией
выраженной гиперкатехоламинемией

ПРИЗНАКОМ ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
медленное выделение темной крови со всей поверхности раны
кровь, вытекающая из раны по капле
алая пульсирующая струя крови
> струя крови темно-вишневого цвета разной интенсивности

ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ
> не наносится
наносится, если у пострадавшего нет болей за грудиной
наносится при отсутствии эффекта от проводимой сердечно-легочной реанимации
наносится при отсутствии у пострадавшего признаков жизни

ЕСЛИ ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА, НАЛОЖЕННАЯ ПОСТРАДАВШЕМУ С РАНЕНИЕМ
ПЛЕЧА И СИЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, СПУСТЯ 15 МИНУТ ПРОПИ-
ТАЛАСЬ КРОВЬЮ, ТО НЕОБХОДИМО
не трогая старую повязку, наложить кровоостанавливающий жгут
> наложить дополнительную давящую повязку поверх старой
удалить старую повязку, наложив на ее место новую
сняв старую повязку, плотно затампонировать рану марлевыми салфетками, после чего по-
вторно наложить давящую повязку

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ - ЭТО СИСТЕМА И ПРОЦЕСС ПОЛНОГО _ ДЕЯ-
ТЕЛЬНОСТИ
восстановления способности инвалида к бытовой

или частичного восстановления способности инвалида к бытовой и общественной

восстановления способности инвалида к бытовой, общественной и профессиональной

> или частичного восстановления способности инвалида к бытовой, общественной и про-
фессиональной

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВА-
ЕТСЯ
отделениями медицинской профилактики
> бюро медико-социальной экспертизы
санаторно-курортными учреждениями
отделениями реабилитации

СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ
30 дней
10 дней
6 месяцев
> 2 месяца

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИНВАЛИДА ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ НА ОСНОВНИИ

свидетельства об инвалидности
программы добровольного медицинского страхования
полиса обязательного медицинского страхования
> индивидуальной программы реабилитации инвалида

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

> климатический
бальнеологический
спелеологический
физиотерапевтический

В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ МОГУТ УЧАСТВОВАТЬ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПСИХОЛОГИ И

юрист
> специалисты по социальной работе
социологи
работники пенсионного фонда

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

спелеологический
> бальнеологический
физиотерапевтический
климатический

ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

проведения профилактических медицинских осмотров
диспансеризации
противоэпидемической работы
> диспансерного наблюдения

РЕАБИЛИТАЦИЯ НАПРАВЛЕНА НА

> устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций
устранение вредных для здоровья факторов
формирование здорового образа жизни
устранение заболевания

ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

протеинурия
лейкоцитурия
> азотемия
гиперстенурия

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ УТВЕРЖДАЕТ

Пенсионный фонд Российской Федерации
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
> Правительство Российской Федерации
Росздравнадзор

ПОД РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ

комплекс мероприятий, направленных на восстановление способности к занятиям спортом
деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов
реализацию профилактических мероприятий
> систему медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональ-
ных мероприятий

К МЕРОПРИЯТИЯМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ

> санаторно-курортное лечение
занятия с психологом
обеспечение собаками-проводниками
профессиональную переориентацию

КУРОРТНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ ВОЗМОЖЕН ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

острой почечной недостаточности
конкремента, размером 0,8 - 0,9 см, в верхней трети правого мочеточника с явлениями гид-
ронефротической трансформации справа терминальной стадии хронической почечной не-
достаточности
> хронического калькулезного пиелонефрита в фазе ремиссии, с нормальным функцио-
нальным состоянием почек и верхних мочевыводящих путей

БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ КРУПНООЧАГОВЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 30 ДНЕЙ НАЗАД, ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЦЕЛЕСООБ- РАЗНО НАЗНАЧИТЬ

ультразвук на шейно-грудной отдел позвоночника
общие сероводородные ванны концентрацией 50 мг/л
грязелечение на воротниковую область
> «суховоздушные» радоновые ванны

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛФК У БОЛЬНЫХ С НЕВРИТОМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

силой мышц-разгибателей кисти (по данным динамометрии)
амплитудой движений в суставах кисти и пальцев
> изменением чувствительности
динамикой симптома свисающей кисти

ЗАДАЧИ ЛФК ПРИ БОЛЕЗНЯХ СУСТАВОВ ИСКЛЮЧАЮТ

противодействие развитию тугоподвижности сустава
повышение работоспособности больного
улучшение кровообращения и питания сустава
> снятие болей в покое

У БОЛЬНЫХ АРТРИТАМИ И АРТРОЗАМИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТА- ЦИИ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ИСКЛЮЧАЕТ

лечебную гимнастику с применением механоаппаратов и тренажерных устройств
> волейбол

ходьбу
гимнастику в бассейне

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ЛФК ПРИ СПЛАНХНОПТОЗЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ НЕДЕЛЬ/ НЕДЕЛИ

до 15

2-3

> до 4-6

10

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

> нарушение перистальтики кишечника

состояние после гипертонического криза

повышение артериального давления свыше 210/120 мм рт. ст.

острое нарушение коронарного и мозгового кровообращения

4.3. Собеседование

4.3.1. Экзаменационные вопросы

1. Атеросклероз: этиология, патогенез, методы диагностики (биохимические, инструментальные); клиника атеросклероза различной локализации, лечение (диетотерапия, медикаментозное, хирургическое методы), профилактика первичная и вторичная.
2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ (медико-социальная экспертиза).
3. Стенокардия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое).
4. Инфаркт миокарда: этиология, патогенез, классификация, клиника (типичные и атипичные формы), диагностика, дифференциальная диагностика, изменения ЭКГ, активность кардиоспецифических ферментов. Дополнительные методы диагностики инфаркта миокарда: эхокардиография, радионуклидные методы, коронарография.
5. Осложнения инфаркта миокарда. Лечение неосложненного инфаркта миокарда. Диагностика и лечение осложнений инфаркта миокарда. Реабилитация больных инфарктом миокарда, МСЭ.
6. Этиология гипертонической болезни, факторы риска, патогенез. Классификация, клиника, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Гипертонические кризы, классификация, клиника, принципы лечения.
8. Особенности течения гипертонической болезни в молодом и пожилом возрасте. Профилактика и лечение гипертонической болезни, реабилитация, вопросы МСЭ.
9. Симптоматические артериальные гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, МСЭ.
10. Миокардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, исходы, осложнения, лечение, вопросы МСЭ.
11. Дилатационная кардиомиопатия. Морфология, патофизиология. Клиника. Диагностика (ЭКГ, ЭХО-КГ, радионуклидные методы, биопсия миокарда), дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
12. Гипертрофическая кардиомиопатия, патоморфология, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
13. Рестриктивная кардиомиопатия (эндомиокардиальный фиброз, эндокардит Лёффлера), патоморфология, клиника, лечение.

14. Инфекционный эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, осложнения. Особенности течения у лиц пожилого возраста. Диагностика, лечение (медикаментозное, хирургическое, сорбционные методы). Прогноз, профилактика, реабилитация, МСЭ.
15. Перикардиты: этиология, патогенез, клинические формы. Диагностика, лечение. Профилактика, реабилитация, МСЭ.
16. Этиология и патогенез нарушений сердечного ритма. Диагностика нарушений ритма: анамнез, физикальные данные, электрокардиографическая диагностика экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, мерцания (фибрилляции) и трепетания предсердий, синдрома слабости синусового узла. Лечение нарушений ритма.
17. Этиология и патогенез нарушений проводимости, классификация. Клиническая и электрокардиографическая диагностика неполных и полной атриовентрикулярных блокад. Медикаментозное лечение, показания к временной и постоянной электрической кардиостимуляции.
18. Нарушения внутрижелудочковой проводимости: блокады одной, двух и трех ветвей пучка Гиса. Электрокардиографическая диагностика, клиническое значение внутрижелудочковых блокад. Прогноз. Медикаментозное лечение, электростимуляция сердца. Профилактика нарушений ритма и проводимости. Реабилитация. МСЭ.
19. Сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация. Диагностика: клиническая, инструментальная (рентгенологическое исследование, ЭХО-КГ). Клинические варианты сердечной недостаточности. Принципы лечения недостаточности кровообращения. Профилактика. Реабилитация. МСЭ.
20. Ревматизм. Этиология, патогенез, современная классификация. Клинические формы ревматизма, диагностические критерии. Этапы лечения больных ревматизмом. Реабилитация. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. МСЭ.
21. Ревматические пороки сердца. Клинико-анатомические формы, патогенез нарушений гемодинамики. Методы диагностика (физикальные, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологические). Дифференциальная диагностика. Клиническая и инструментальная диагностика. Особенности клинического течения у подростков, беременных, лиц пожилого возраста. Тактика консервативного лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Диспансеризация и лечение в поликлинике. Профилактика, прогноз, МСЭ.
22. Заболевания суставов. Классификация. Методы исследования. Функция опорно-двигательного аппарата. Диагностика, дифференциальная диагностика.
23. Ревматоидный артрит (РА). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы этапной терапии РА. Диспансеризация больных РА, МСЭ.
24. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
25. Болезнь Рейтера. Этиология, патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
26. Псориатический артрит. Этиология, патогенез, клиника, варианты течения, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация, МСЭ.
27. Реактивные артриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
28. Первично-деформирующий остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, особенности течения, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение, диспансеризация, МСЭ.
29. Подагра. Этиология и патогенез, клиника, критерии диагностики, дифференциальный диагноз. Лечение подагры. Профилактика. Диспансеризация. МСЭ.

30. Системная красная волчанка. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические синдромы, варианты течения, патоморфология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика обострений. Диспансеризация, МСЭ.
31. Системная склеродермия. Этиология, патогенез, патоморфология, классификация. Основные клинические синдромы и формы, варианты течения, степень активности и стадии болезни, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, диспансеризация, МСЭ.
32. Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ). Определение понятия, нозологические формы, относящиеся к ХОЗЛ.
33. Бронхит хронический. Этиология, патогенез, классификация, диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Клиника обструктивного и необструктивного бронхита. Осложнения. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Дифференциальная диагностика. Лечение, реабилитация, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
34. Эмфизема легких. Патогенез, классификация, клиника, осложнения, лечение, профилактика, МСЭ.
35. Бронхиальная астма. Классификация, этиология, патогенез, клинические формы. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
36. Пневмония. Этиология, патогенез, классификация. Клиника первичных, госпитальных, атипичных пневмоний. Диагностика лабораторная, функциональная, рентгенологическая. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение пневмоний, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
37. Абсцесс легкого. Этиология, патогенез, морфология, классификация. Клиника острого абсцесса. Дифференциальная диагностика, лечение.
38. Болезни плевры (плевриты). Этиология, патогенез, классификация. Диагностика функциональная, рентгенологическая. Клиника сухих и экссудативных плевритов, особенности течения, осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
39. Дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез. Лабораторная и функциональная диагностика, классификация. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, МСЭ.
40. Легочное сердце. Этиология, патогенез, классификация. Острое легочное сердце, варианты хронического легочного сердца, стадии. Лечение хронического легочного сердца, особенности лечения в поликлинике. Профилактика легочного сердца, прогноз, реабилитация, МСЭ.
41. Гастриты. Этиология, патогенез, классификация, клиника острого и различных форм хронических гастритов. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
42. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация. Клиника язвенной болезни с различной локализацией язв в стадии обострения и ремиссии. Особенности течения в подростковом и пожилом возрасте. Симптоматические язвы. Диагноз, дифференциальный диагноз. Осложнения.
43. Лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Этапное лечение обострений язвенной болезни. Принципы лечения больных в амбулаторных условиях. Профилактика язвенной болезни, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
44. Дуодениты. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечение, профилактика.
45. Хронический энтерит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, лечение, профилактика. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
46. Колиты хронические. Клиника в зависимости от локализации процесса, диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, МСЭ.

47. Колит язвенный неспецифический. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение, реабилитация, МСЭ.
48. Хронический гепатит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
49. Алкогольные поражения печени. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
50. Циррозы печени. Классификация. Этиология и патогенез, морфология, клиника, течение, осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
51. Печеночная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы консервативного лечения, показания к хирургическому лечению. Прогноз.
52. Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
53. Холецистит хронический (некаменный). Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение, особенности ведения больных в амбулаторных условиях, показания к хирургическому лечению. Профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
54. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, патоморфология, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения и лечение (консервативное, хирургическое, санаторно-курортное), профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
55. Гломерулонефриты (острые и хронические). Этиология, патогенез, классификация, патоморфология. Клинические типы и варианты течения, осложнения острого и хронического гломерулонефритов. Дифференциальная диагностика. Лечение острого и хронического гломерулонефритов и их осложнений. Профилактика, диспансеризация, МСЭ.
56. Пиелонефриты. Этиология и патогенез острых и хронических пиелонефритов, классификация, клиника и варианты течения. Особенности течения у подростков, беременных, пожилых; диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика, диспансеризация, МСЭ.
57. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, морфология, клиника, варианты течения, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, диспансеризация, МСЭ.
58. Амилоидоз почек. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
59. Поражение почек при сахарном диабете. Патогенез, морфология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
60. Острое почечное повреждение. Этиология, патогенез, классификация, морфология. Клиника, диагностика, лечение, профилактика, МСЭ.
61. Хроническая болезнь почек. Этиология, патогенез, классификация, профилактика, МСЭ.
62. Гемобластозы. Классификация. Острые и хронические лейкозы. Принципы диагностики и лечения.
63. Анемии. Классификация. Железодефицитные анемии. В12-фолиеводефицитные анемии. Гемолитические анемии. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
64. Геморрагические диатезы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
65. Лимфопролиферативные заболевания: лимфогранулематоз, лимфосаркома. . Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

66. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, классификация сахарного диабета. Клинические формы, степени тяжести. Клиническая и лабораторная диагностика. Ангиопатия при сахарном диабете.
67. Диффузно-токсический зоб. Патогенез, этиология, классификация, клинические формы и стадии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная и инструментальная диагностика. Осложнения. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
68. Гипотиреозы и микседема. Патогенез, этиология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика, реабилитация, диспансеризация, МСЭ.
69. Ожирение. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз различных форм. Осложнения. Лечение, прогноз, реабилитация, МСЭ.
70. Острая сердечная недостаточность. Клиника и диагностика различных видов сердечной недостаточности. Основные принципы интенсивной терапии.
71. Острая дыхательная недостаточность: обструктивная, рестриктивная, смешанная. Этиология, патогенез, клиника, показатели функциональных проб. Интенсивная терапия.
72. Астматический статус. Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности лечения, интенсивная терапия на разных стадиях астматического статуса.
73. Легочные кровотечения и кровохарканье. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация.
74. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация, клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА.
75. Острые гастродуоденальные и кишечные кровотечения. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагноз и дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
76. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагноз, дифференциальный диагноз.
77. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома. Этиология, патогенез, клиника. Интенсивная терапия, плазмаферез.
78. Кетоацидотическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, интенсивная терапия и реанимация.
79. Гипогликемическая кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
80. Гиперосмолярная кома. Этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, терапия, реанимация.
81. Общественное здоровье и здравоохранение. Место организации здравоохранения и общественного здоровья в деятельности практического врача. Профилактика как основа обеспечения здоровья населения. Правовые и социально-этические аспекты медицинской деятельности. Право на занятие медицинской деятельностью. Социально-психологическая, моральная и юридическая ответственность в медицине и здравоохранении. Гражданско-правовая ответственность. Права пациентов в соответствии с ФЗ №323 и другими ФЗ в области медицины и здравоохранения. Управление в деятельности врача. Понятие управления. Понятие маркетинга. Экономика и ее место в деятельности медицинской организации.
82. Педагогическая и проектная деятельность. Нормативно-правовые основы подготовки медицинских и фармацевтических работников в Российской Федерации. Структура высшего образования. Аккредитация специалиста. Профессиональные стандарты. Непрерывное медицинское образование. Принципы дидактики. Дидактические теории и концепции. Методы обучения. Компетентный подход в образовании. Теории обучения. Особенности обучения взрослых. Педагогическая психология. Понятие мотивации.

4.3.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ – 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота – 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор: ИФА – 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ – 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА №2

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии отмечено уменьшение частоты стула до 2 раз в сутки, нет примесей крови в кале. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА №3

Больная 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами.

При осмотре: крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указала, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как её невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная.

Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Какие осложнения можно ожидать?

ЗАДАЧА №4

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность и бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная истеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки.

Неврологический статус: дистальные гиперстезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса. Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте план дополнительного обследования.
 4. Проведите дифференциальный диагноз.
- Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 5

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 5×10^9 /л, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА №6

Больная З. 22 лет жалуется на слабость, головокружение, повышенную утомляемость, приступы сильной боли в правом подреберье.

Анамнез заболевания: с 11 лет больная отмечает периодически возникающую желтушность кожных покровов, сменяющуюся бледностью. Эти приступы сопровождались выраженной слабостью. В последние 8 лет больную стала беспокоить боль в правом подреберье приступообразного характера, сопровождающаяся желтухой.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные на общем бледном фоне, склеры иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, выслушивается дующий шум на верхушке сердца. ЧСС - 84 удара в минуту. Печень при пальпации обычной консистенции, болезненная, край закруглён, выступает на 2,5 см из-под края рёберной дуги. Размеры по Курлову - $12 \times 10 \times 9$ см. селезёнка выступает на 3 см ниже левой рёберной дуги. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Результаты дополнительных исследований.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 91 г/л, цветовой показатель - 0,85, ретикулоциты - 14,8%, средний диаметр эритроцитов - 4 мкм, лейкоциты - 11×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 30%, моноциты - 10%, СОЭ - 20 мм/ч. Осмотическая резистентность эритроцитов (ОРЭ) - 0,78-0,56% (в норме мин. ОРЭ - 0,44-0,48%, макс. ОРЭ - 0,28-0,36%).

Биохимический анализ крови: билирубин - 111,2 мкмоль/л, прямой - 17,1 мкмоль/л, непрямой – 94,1 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения.

ЗАДАЧА № 7

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткие, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнке не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

ЗАДАЧА № 8

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, которые возникают через 20-30 минут после приёма пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л. - 1, лейкоциты

– $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно покрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

ЗАДАЧА №9

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности и частота диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА № 10

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепилирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

ЗАДАЧА № 11

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у врача-педиатра участкового около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза.

При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчёсов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л.

В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕПІ) – 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА №12

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.

Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°C. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоциты – $21,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

Вопросы:

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

ЗАДАЧА № 13

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перку-

торного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

ЗАДАЧА № 14

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отёков нет. ЧДД - 18 в минуту, лёгкое дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

ЗАДАЧА №15

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащенное в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывается переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отёки отсутствуют. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9/л$, эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма лёгких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется.

Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

ЗАДАЧА №16

Больная 36 лет направлена врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при физической нагрузке, периодически возникающие колющие боли в области сердца, склонность к употреблению мела, теста.

В анамнезе: слабость и быстрая утомляемость отмечаются около 6 лет, к врачу не обращалась. Во время беременности 2 года назад в гемограмме выявлялась анемия лёгкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 2 недель, когда появилась одышка и боли в области сердца. Акушерско-гинекологический анамнез: лёгкой с 12 лет, беременностей – 5, роды – 2, медицинских аборт – 3. Из перенесённых заболеваний: простудные, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие. Ногти с поперечной исчерченностью, расслаиваются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС - 92 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин – 82 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,7, ретикулоциты - 13%, тромбоциты - $180 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 29%, моноциты - 3%, СОЭ – 18 м/ч; анизоцитоз, гипохромия эритроцитов.

Содержание железа в сыворотке крови – 4,0 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки – 86,4 мкмоль/л, насыщение трансферрина – 5,0%, сывороточный ферритин - 10 мкг/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Чем может быть обусловлен систолический шум на верхушке сердца?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза?

4. Назначьте лечение. Обоснуйте выбор терапии.
5. Какие рекомендации Вы могли бы дать пациентке по вторичной профилактикезаболевания?

ЗАДАЧА № 18

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гипертенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

ЗАДАЧА №19

Больная 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на частое и болезненное мочеиспускание, боли в поясничной области справа, выделение мутной мочи, повышение температуры тела до 37,6 °С.

Из анамнеза: впервые подобные проявления отмечались у пациентки 10 лет назад во время беременности. Проводилась антибактериальная терапия в стационаре, роды – безосложнений. В последующем обострения заболевания не отмечалось. Ухудшение состояния 5 дней назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы. Частота дыхания - 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.

Анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $14,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, тромбоциты - $200,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимические показатели крови: креатинин - 0,08 ммоль/л, мочевины - 6,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,07 мг/л, реакция кислая, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

УЗИ почек: почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система почек деформирована и уплотнена. Конкрементов нет.

Вопросы:

1. Какой можно поставить диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной для уточнения диагноза? Обоснуйте.
3. Можно ли проводить лечение больной в амбулаторных условиях? Показания для госпитализации.
4. Перечислите препараты для этиотропной терапии, длительность лечения и контроль эффективности лечения.
5. Какую фитотерапию можно рекомендовать в период ремиссии заболевания?

ЗАДАЧА №20

Больная М. 34 лет на приеме у врача – терапевта участкового жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастриальной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извиты, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Hp (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА №21

Мужчина 56 лет обратился к врачу-терапевту участковому с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гноющей мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,4°C.

Кашель с мокротой отмечает в течение 10 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка

при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день.

При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лёгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на лёгочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Периферических отёков нет.

Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля повышенной прозрачности, лёгочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднён на периферии, корни лёгких расширены, выбухание ствола лёгочной артерии. Интерстициальных изменений не выявлено.

ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка.

Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Критерии назначения антибактериальной терапии при данном заболевании.
5. Определите показания к госпитализации.

ЗАДАЧА №22

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем.

Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

ЗАДАЧА № 23

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение

аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема намедиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны лёгких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налётом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезёнка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезёночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.

ЗАДАЧА № 24

Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение.

Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лёгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинен.

При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2.

На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких.

Общий анализ мокроты: лейкоциты - до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.
3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.
4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?
5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

ЗАДАЧА № 25

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO₂ - 85%.

В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?
4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?
5. Правильную ли терапию больной получал последние годы и какая базисная терапия показана больному?

ЗАДАЧА №26

Больной Н. 30 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, сухость во рту, полиурию, ухудшение зрения, онемения, парестезии в нижних конечностях, частые гипогликемические состояния (ночью и днём). Болен сахарным диабетом с 15 лет. Диабет манифестировал кет ацидозом. Получает Хумулин НПХ - 20 ЕД утром, 18 ЕД вечером и Хумулин регулятор - 18 ЕД/сутки. Ведёт активный жизни, обучен методике самоконтроля.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение, оволосение по мужскому типу. ИМТ – 19 кг/м². Кожные покровы сухие, чистые. В углах рта заеды. Периферических отёков нет. Щитовидная железа не увеличена, в лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Кожа голеней и стоп сухая, на стопах участки гиперкератоза, пульсация на артериях тыла стопы удовлетворительная.

Результаты обследования: глюкоза крови натощак - 10,4 ммоль/л, через 2 часа после еды - 14,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1014, белок - следы; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Врач-офтальмолог: глазное дно – единичные микроаневризмы, твердые экссудаты, отёк макулярной области.

Врач-невропатолог: снижение вибрационной, тактильной чувствительности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте целевой уровень гликозилированного гемоглобина уданного больного.
5. Проведите и обоснуйте коррекцию сахароснижающей терапии.

ЗАДАЧА № 27

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянноесердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительные симптомы Грефе, Кохере, Мебиуса, Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейка и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

ЗАДАЧА №28

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось.

Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возник зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4

см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите.

ЗАДАЧА № 29.

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, усиливающиеся в горизонтальном положении после приёма пищи и при наклоне вперед. Данные симптомы появились около трёх месяцев назад, по поводу чего ранее не обследовалась, лекарственных препаратов не принимала. Курит по 10 сигарет в день, алкоголь употребляет в минимальных количествах.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ=31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В клиническом и биохимическом анализах крови отклонений не выявлено.

ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС=70 уд. в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, вариант нормы.

Проведена ЭГДС, при которой выявлены множественные участки гиперемии слизистой оболочки и отдельные несливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

ЗАДАЧА № 30

Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенная. Объективно: температура тела 38,3°C, ЧСС – 112 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст., частота дыхания 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
4. Сформулируйте план лечения.
5. Сформулируйте прогноз

ЗАДАЧА № 31.

Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет, хронических заболеваний в анамнезе нет. При анкетировании выявлено, что пациент имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведёт малоподвижный образ жизни.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ – 32 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. (антигипертензивные препараты не принимает). Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза крови 4 ммоль/л. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
4. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
5. Перечислите имеющиеся у пациента факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и составьте план индивидуального профилактического консультирования

ЗАДАЧА № 32.

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр по плану диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика – 21 пачка\лет). При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

ЗАДАЧА № 33

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ₁=85%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА № 34.

Больной П. 44 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на кашель с прожилками крови, который появился неделю назад на фоне полного благополучия. Ранее ничем не болел. ФГ ежегодно, последняя - год назад, на дообследование не вызывали. Отмечает контакт с больным туберкулёзом на работе в рефрижераторном депо во время длительной командировки. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. В лёгких дыхание везикулярное, справа над лопаткой на ограниченном пространстве выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 уд. в минуту. А/Д - 120/70 мм рт. ст. Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $9,7 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 59%, лимфоциты - 24%, моноциты - 8%, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес - 1010, реакция кислая, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий пл. - 1-2 в поле зрения.

В общем анализе мокроты: цвет - кровянистый, эритроциты - покрывают все поле зрения, лейкоциты - единичные, свежие эластические волокна - единичные. При бактериоскопии преобладают кокки. МБТ в мокроте бактериоскопически с окраской по Цилю - Нильсену не выявлены. Диаскинтест - инфильтрат 14 мм.

Флюорография гр. клетки – справа в верхней доле определяется участок инфильтрации средней интенсивности неправильно округлой формы, без чётких контуров, неоднородной структуры за счёт просветления около 1 см в диаметре в центре, с «дорожкой» к корню. Корни структурны. Синусы свободны. Сердечно-сосудистая тень без особенностей. Больной был направлен к фтизиатру на консультацию.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз у пациента.
2. Дайте обоснование поставленному Вами диагнозу.
3. Назовите заболевания, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику.
4. Перечислите клинико-рентгенологические типы инфильтратов. Определите тип инфильтрата у данного больного.

5. Составьте план лечения данного больного и обоснуйте свой выбор .

ЗАДАЧА № 35

В поликлинику к врачу-терапевту участковому обратилась женщина 46 лет с жалобами на выраженную общую слабость, сонливость, ухудшение памяти, сухость кожных покровов, избыточную массу тела (ИМТ – 27,2 кг/м²), отсутствие менструаций. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка оперирована по поводу узлового зоба. Заместительная терапия не назначалась.

При осмотре: кожные покровы сухие, бледные с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, язык с отпечатками зубов. АД – 105/60 мм рт. ст.

По данным лабораторного обследования выявлена анемия: гемоглобин - 102 г/л, холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 4,7 ммоль/л, глюкоза крови – 3,4 ммоль/л. На ЭКГ: брадикардия – 54 удара в минуту, низкий вольтаж зубцов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте диагностический алгоритм обследования данной пациентки.
3. Консультации каких специалистов следует включить в план обследования?
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Какова длительность назначения патогенетической терапии.

ЗАДАЧА № 36

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт.ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенёс инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост 172 см, вес 86 кг. Объём талии 105 см, объём бёдер 92 см. Отёков нет. Аускультативно: дыхание над лёгкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме. Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л.

Анализ мочи - микроальбуминурия: 25 мг/сут.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78

мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА № 37

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий. Обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 38,0 °С, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения. Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет. В последние годы из Москвы не выезжал.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Нёбные миндалины покрыты беловатым налётом, гиперемированы. В лёгких дыхание, ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 11×10^9 /л, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Очаговых изменений миокарда, гипертрофии миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лёгкого, деформация корня правого лёгкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии; проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Через 3 дня терапии (Амоксициллином 500 мг 3 раза или Азитромицином 500 мг 1 раз в сутки) – температура тела нормализовалась – 36,8 °С, уменьшилась интоксикация (снижение слабости, потливости, улучшение аппетита), уменьшилась одышка.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА № 38

Больная Ф. 27 лет предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки с примесью слизи, в основном, в утреннее время суток, периодически – чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли. Вышеуказанные жалобы беспокоят около трёх лет, после развода с мужем. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, отмечается разлитая пальпаторная чувствительность всего живота. Размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ – без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЗАДАЧА № 39

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, при контроле АД регистрировалось его повышение до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы дадите пациенту в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

ЗАДАЧА № 40

Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диклофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6. В лёгких дыхание с жёстким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×10⁹ /л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час.

Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л).

Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л.

Рентгенография кистей: околоуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, сужение суставных щелей обеих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА № 41

Больной Н. 48 лет в течение 3 лет страдает сахарным диабетом. При очередном профилактическом осмотре отмечает, что в течение последних 6 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой и периодическое повышение температуры тела с выраженной потливостью по ночам. К врачу не обращался так, как считал, что это связано с сахарным диабетом.

При очередном профилактическом флюорографическом обследовании выявлены патологические изменения в лёгких. Рентгенографически – в правом лёгком от верхушки до III ребра определяется негетерогенное затемнение с просветлением в центре 2×3 см, контуры нечёткие. В окружающей ткани лёгкого – очаговые тени малой интенсивности.

В общем анализе крови: лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 19%, моноциты - 11%, СОЭ – 18 мм/час. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – папула 11 мм.

Вопросы:

1. Перечислите заболевания, о которых можно думать в данном случае.
2. Поставьте диагноз.
3. Дайте обоснование диагноза.
4. Объясните малую выраженность клинической симптоматики.
5. Дайте рекомендации по дальнейшему ведению больного и обоснуйте их.

ЗАДАЧА № 42

Женщина 37 лет, швея, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочерёдно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) – отдыхала у родственников в Астрахани, много загорала (“прогревала” суставы). После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до $37,5^\circ\text{C}$, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, которые последствиям загара.

В клиническом анализе крови и общем анализе мочи, которые пациентка выполнила на внебюджетной основе до обращения к участковому терапевту, выявлены анемия и изменения в моче. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, отёчность и гиперемия красной каймы губ. Волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации.

Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия.

Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента

ЗАДАЧА № 43

Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет, хронических заболеваний в анамнезе нет. При анкетировании выявлено, что пациент имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведёт малоподвижный образ жизни.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ – 32 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 150/90 мм рт.ст. (антигипертензивные препараты не принимает).

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза крови 4 ммоль/л. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
4. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
5. Перечислите имеющиеся у пациента факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и составьте план индивидуального профилактического консультирования.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРУ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.49 Терапия включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

- 71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;
- менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

- 70% и более правильных ответов – «зачтено»;
- менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способен к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.